



Herz-Jesu-Krankenhaus

Strukturierter  
Qualitätsbericht 2024

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

# INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort .....	16
	Einleitung .....	16
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	18
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	18
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	20
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	20
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	21
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	24
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	26
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	28
A-9	Anzahl der Betten .....	31
A-10	Gesamtfallzahlen .....	31
A-11	Personal des Krankenhauses .....	32
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	38
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	56
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	57
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	59
B-[0100]	Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie .....	60
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	60
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	60
B-[0100].1.2	Ärztliche Leitung .....	60
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	61
B-	Medizinische Leistungsangebote der .....	61

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

[0100].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	64
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	65
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	66
B-[0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	67
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	69
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	71
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	71
B-[0100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	71
B-[0100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	73
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	73
B-[0100].11	Personelle Ausstattung .....	73
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	73
B-[0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	74
B-[0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	74
B-[0100].11.2	Pflegepersonal .....	74
B-[0100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	76
B-[0100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	76
B-[0200]	Geriatrische Innere Medizin und Rheumatologie .....	77
B-[0200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	77

B- [0200].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	77
B- [0200].1.2	Ärztliche Leitung .....	77
B- [0200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	78
B- [0200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	78
B- [0200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	80
B- [0200].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	80
B- [0200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	82
B- [0200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	83
B- [0200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	85
B- [0200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	87
B- [0200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	87
B- [0200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	87
B- [0200].11	Personelle Ausstattung .....	87
B- [0200].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	87
B- [0200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	87
B- [0200].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	88
B- [0200].11.2	Pflegepersonal .....	88
B- [0200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	89
B- [0200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	89

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

B-[3700]	Alterstraumatologie .....	91
B-[3700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	91
B-[3700].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	91
B-[3700].1.2	Ärztliche Leitung .....	91
B-[3700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	92
B-[3700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	92
B-[3700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	96
B-[3700].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	96
B-[3700].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	98
B-[3700].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	99
B-[3700].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	101
B-[3700].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	102
B-[3700].11	Personelle Ausstattung .....	102
B-[3700].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	103
B-[3700].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	103
B-[3700].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	103
B-[3700].11.2	Pflegepersonal .....	103
B-[3700].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	105
B-[3700].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	105

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

B-[1516]	Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin .....	107
B-[1516].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	107
B-[1516].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	107
B-[1516].1.2	Ärztliche Leitung .....	107
B-[1516].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	108
B-[1516].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	108
B-[1516].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	112
B-[1516].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	112
B-[1516].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	114
B-[1516].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	115
B-[1516].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	117
B-[1516].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	119
B-[1516].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	120
B-[1516].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	121
B-[1516].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	123
B-[1516].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	124
B-[1516].11	Personelle Ausstattung .....	124
B-[1516].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	124
B-[1516].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	124
B-	Zusatzweiterbildung .....	125

[1516].11.1.2

B- Pflegepersonal ..... 125

[1516].11.2

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte ..... 126

[1516].11.2 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – ..... 126

[1516].11.2 Zusatzqualifikation

B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in ..... 127

[1516].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500] Allgemein- und Viszeralchirurgie, Minimal Invasive ..... 128  
Chirurgie

B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ..... 128

[1500].1

B- Fachabteilungsschlüssel ..... 128

[1500].1.1

B- Ärztliche Leitung ..... 128

[1500].1.2

B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ..... 129

[1500].2

B- Medizinische Leistungsangebote der ..... 129

[1500].3 Organisationseinheit/Fachabteilung

B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ..... 130

[1500].5

B- Hauptdiagnosen nach ICD ..... 130

[1500].6

B- Hauptdiagnosen 3-stellig ..... 132

[1500].6.1

B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS ..... 133

[1500].7

B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ..... 135

[1500].7.1

B- Kompetenzprozeduren ..... 136

[1500].7.2

B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ..... 136

[1500].8

B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) ..... 137

[1500].8.1

B- Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ..... 137

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

[1500].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	139
[1500].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der .....	139
[1500].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung .....	140
[1500].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen .....	140
[1500].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	140
[1500].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung .....	140
[1500].11.1.2		
B-	Pflegepersonal .....	140
[1500].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .....	142
[1500].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – .....	142
[1500].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-[1700]	Wirbelsäulenchirurgie .....	143
B-	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	143
[1700].1		
B-	Fachabteilungsschlüssel .....	143
[1700].1.1		
B-	Ärztliche Leitung .....	143
[1700].1.2		
B-	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	144
[1700].2		
B-	Medizinische Leistungsangebote der .....	144
[1700].3	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	144
[1700].5		
B-	Hauptdiagnosen nach ICD .....	144
[1700].6		
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	145
[1700].6.1		
B-	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	146
[1700].7		



B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	148
[1700].7.1	
B- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	149
[1700].8	
B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	149
[1700].8.1	
B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der .....	150
[1700].10 Berufsgenossenschaft	
B- Personelle Ausstattung .....	150
[1700].11	
B- Ärzte und Ärztinnen .....	150
[1700].11.1	
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	150
[1700].11.1.1	
B- Zusatzweiterbildung .....	150
[1700].11.1.2	
B- Pflegepersonal .....	151
[1700].11.2	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .....	152
[1700].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – .....	152
[1700].11.2.2 Zusatzqualifikation	
B-[2400] Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	153
B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	153
[2400].1	
B- Fachabteilungsschlüssel .....	153
[2400].1.1	
B- Ärztliche Leitung .....	153
[2400].1.2	
B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	153
[2400].2	
B- Medizinische Leistungsangebote der .....	154
[2400].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	
B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	155
[2400].5	
B- Hauptdiagnosen nach ICD .....	155
[2400].6	

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

B-[2400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	157
B-[2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	158
B-[2400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	160
B-[2400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	161
B-[2400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	162
B-[2400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	162
B-[2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	162
B-[2400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	164
B-[2400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	165
B-[2400].11	Personelle Ausstattung .....	165
B-[2400].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	165
B-[2400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	166
B-[2400].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	166
B-[2400].11.2	Pflegepersonal .....	166
B-[2400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	168
B-[2400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	168
B-[3000]	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie .....	169
B-[3000].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	169
B-[3000].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	169

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

B-[3000].1.2	Ärztliche Leitung .....	169
B-[3000].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	170
B-[3000].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	170
B-[3000].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	172
B-[3000].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	172
B-[3000].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	173
B-[3000].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	175
B-[3000].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	175
B-[3000].7.2	Kompetenzprozeduren .....	175
B-[3000].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	175
B-[3000].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	175
B-[3000].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	175
B-[3000].11	Personelle Ausstattung .....	176
B-[3000].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	176
B-[3000].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	176
B-[3000].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	176
B-[3000].11.2	Pflegepersonal .....	176
B-[3000].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	177
B-[3000].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	178

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

B-[3000].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	178
B-[3060]	Tagesklinische Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Herz-Jesu Krankenhaus Fulda gGmbH	.....	180
B-[3060].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	180
B-[3060].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	180
B-[3060].1.2	Ärztliche Leitung	.....	180
B-[3060].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	181
B-[3060].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	181
B-[3060].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	181
B-[3060].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	181
B-[3060].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	183
B-[3060].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	184
B-[3060].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	184
B-[3060].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	184
B-[3060].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	184
B-[3060].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	184
B-[3060].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	184
B-[3060].11	Personelle Ausstattung	.....	185
B-[3060].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	185
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	185

[3060].11.1.1

B- Zusatzweiterbildung .....	185
[3060].11.1.2	

B- Pflegepersonal .....	185
[3060].11.2	

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .....	186
[3060].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	

B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – .....	186
[3060].11.2.2 Zusatzqualifikation	

B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in .....	186
[3060].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	

B-[3790] Anästhesie, postoperative Intensiv- und Schmerztherapie .....	188
--	-----

B- Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	188
[3790].1	

B- Fachabteilungsschlüssel .....	188
[3790].1.1	

B- Ärztliche Leitung .....	188
[3790].1.2	

B- Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	188
[3790].2	

B- Medizinische Leistungsangebote der .....	189
[3790].3 Organisationseinheit/Fachabteilung	

B- Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	189
[3790].5	

B- Hauptdiagnosen nach ICD .....	190
[3790].6	

B- Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	190
[3790].7	

B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der .....	190
[3790].10 Berufsgenossenschaft	

B- Personelle Ausstattung .....	190
[3790].11	

B- Ärzte und Ärztinnen .....	190
[3790].11.1	

B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	190
[3790].11.1.1	

B- Zusatzweiterbildung .....	191
[3790].11.1.2	

B- [3790].11.2	Pflegepersonal .....	191
B- [3790].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	191
B- [3790].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	192
B-[3751]	Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie .....	193
B- [3751].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	193
B- [3751].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	193
B- [3751].1.2	Ärztliche Leitung .....	193
B- [3751].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	194
B- [3751].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	194
B- [3751].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	196
B- [3751].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	196
B- [3751].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	196
B- [3751].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	196
B- [3751].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	197
B- [3751].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	197
B- [3751].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	198
B- [3751].11	Personelle Ausstattung .....	198
B- [3751].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	198
B- [3751].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	198

B-	Zusatzweiterbildung .....	198
[3751].11.1.2		
B-	Pflegepersonal .....	199
[3751].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .....	199
[3751].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
C	Qualitätssicherung .....	200
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden .....	200
	Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 .....	294
	SGB V	
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- .....	294
	Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen .....	295
	vergleichenden Qualitätssicherung	
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - .....	296
	Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im .....	298
	Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	299
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und .....	301
	PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von .....	302
	Arzneimitteln für neuartige Therapien	

## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Patientinnen und Patienten,

Qualität hat im Herz-Jesu-Krankenhaus eine lange Tradition. Als katholisches Krankenhaus stellen wir seit jeher ganz bewusst den behandlungs- und heilungsbedürftigen Menschen in den Mittelpunkt unseres Handelns.

Neben einer hochwertigen, patientenorientierten Medizin kommt es uns besonders auf die menschliche Zuwendung während der Behandlung an. Ein umfassendes Qualitäts- und Risikomanagementsystem unterstützt uns dabei, die Strukturen und Abläufe auf die Bedürfnisse unserer Patienten auszurichten. Wir möchten die Qualität der erbrachten Leistungen im Interesse der Patientinnen und Patienten sichern und weiterentwickeln.

Der Qualitätsbericht ist gesetzlich vorgeschrieben und basiert auf § 136b SGB V. Struktur und Inhalte beruhen auf einer vertraglichen Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherungen unter Beteiligung der Bundesärztekammer und des Bundespflegerates.

Der vorliegende Qualitätsbericht vermittelt Ihnen einen Überblick über das medizinische Leistungsangebot unseres Hauses sowie über die Qualität unserer Arbeit. Gerne lassen wir uns hierbei mit anderen Kliniken und Krankenhäusern vergleichen.

Weitergehende Informationen finden Sie unter anderem auf unserer Homepage [www.herz-jesu-krankenhaus.de](http://www.herz-jesu-krankenhaus.de).

Wir hoffen, viele Ihrer Fragen mit dem vorliegenden strukturierten Qualitätsbericht für das Jahr 2024 zu beantworten und freuen uns über Ihr Interesse an der Qualität unserer medizinischen Versorgung.

Michael Sammet  
Geschäftsführer

## Einleitung

### Unser Haus

Das Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda ist ein konfessionelles Krankenhaus in katholischer Trägerschaft, das bereits auf eine über 100-jährige Tradition als christliche Gesundheitsrichtung zurückblickt.

Unser Krankenhaus hat sich zu einem modernen und anerkannten Behandlungszentrum mit einem breiten medizinischen Versorgungsangebot für die Region entwickelt.

1912 zunächst als Werkstätte für behinderte Menschen gegründet, werden im Herz-Jesu-Krankenhaus Patientinnen und Patienten aus Stadt und Landkreis Fulda behandelt. Nach



# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

anfangs wechselnder Trägerschaft, wurde das Haus 1953 vom Landkreis Fulda erworben und befindet sich seitdem in Trägerschaft der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul.

1999 ging die Trägerschaft auf die zu diesem Zeitpunkt gegründete St. Vinzenz-Krankenhaus Fulda gGmbH über, die nun alleiniger Gesellschafter der 2005 gegründeten Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda gGmbH ist.

Von 2001 bis 2005 wurde mit Fördermitteln des Landes Hessen und des Landkreises Fulda ein großzügig gestalteter Neubau errichtet, der im Mai 2005 bezogen werden konnte.

Im Laufe des Jahres 2012 nahm die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ihren stationären Betrieb auf.

Nach ständiger Expansion und Modernisierung hat sich das Herz-Jesu-Krankenhaus mit seinen mehreren hundert Betten und Plätzen sowie circa 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und rund 40.000 Patienten, die jährlich ambulant und stationär behandelt werden, zu einem modernen und leistungsfähigen Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung entwickelt. Anfang 2019 wurden die Krankenhäuser in die neu gegründete Vinzenz-von-Paul-Stiftung übertragen, die mit der St. Vinzenz gGmbH, Fulda mit Sitz in der Kanalstraße als Holding der Unternehmensgruppe fungiert.

### Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Michael Sammet
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	info@herz-jesu-krankenhaus.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Johanna Sill
Telefon	0661 15 9573
Fax	0661 15 5383
E-Mail	j.sill@herz-jesu-krankenhaus.de

### Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses <http://www.herz-jesu-krankenhaus.de>

### Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	<a href="http://www.st-vinzenz-fulda.de">http://www.st-vinzenz-fulda.de</a>	-

## Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
2	<a href="http://www.barmherzige-schwestern-fulda.de">http://www.barmherzige-schwestern-fulda.de</a>	-
3	<a href="http://www.ifu-cert.de">http://www.ifu-cert.de</a>	

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Herz-Jesu Krankenhaus Fulda
PLZ	36039
Ort	Fulda
Straße	Buttlarstraße
Hausnummer	74
IK-Nummer	260620180
Telefon-Vorwahl	0661
Telefon	159573
E-Mail	info@herz-jesu-krankenhaus.de
Krankenhaus-URL	<a href="http://www.herz-jesu-krankenhaus.de">http://www.herz-jesu-krankenhaus.de</a>

### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Herz-Jesu-Krankenhaus gGmbH	
PLZ	36039
Ort	Fulda
Straße	Buttlarstraße
Hausnummer	74
IK-Nummer	260620180
Standort-Nummer	771197000
Standort-URL	<a href="http://www.herz-jesu-krankenhaus.de">http://www.herz-jesu-krankenhaus.de</a>

## A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

### Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Ass.-jur. Matthias Färber
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	m.faerber@herz-jesu-krankenhaus.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Anästhesie / Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med Rüdiger Hacker
Telefon	0661 15 5390
Fax	0661 15 5392
E-Mail	r.hacker@herz-jesu-krankenhaus.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Sabine Matulenski
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	s.matulenski@herz-jesu-krankenhaus.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Personalleiter
Titel, Vorname, Name	Heiko Richter
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	h.richter@herz-jesu-krankenhaus.de

### Leitung des Standorts

Herz-Jesu-Krankenhaus gGmbH - Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Ass.-jur. Matthias Färber

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	m.faerber@herz-jesu-krankenhaus.de

### Herz-Jesu-Krankenhaus gGmbH - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Anästhesie/ Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Rüdiger Hacker
Telefon	0661 15 5390
Fax	0661 15 5392
E-Mail	r.hacker@herz-jesu-krankenhaus.de

### Herz-Jesu-Krankenhaus gGmbH - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Sabine Matulenski
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	s.matulenski@herz-jesu-krankenhaus.de

### Herz-Jesu-Krankenhaus gGmbH - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Personalleitung
Titel, Vorname, Name	Heiko Richter
Telefon	0661 15 5216
Fax	0661 15 5383
E-Mail	h.richter@herz-jesu-krankenhaus.de

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	St. Vinzenz gGmbH, Fulda
Träger-Art	freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

## Name der Universität

Zusammenarbeit mit Hochschulen und mit der Philips-Universität Marburg

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Das medizinisch-pflegerische Leistungsangebot des Herz-Jesu- Krankenhauses ist sehr umfangreich.

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>Fachzertifizierte Babylotsin vor Ort</i>
2	MP62 - Snoezelen <i>Räumlichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhanden</i>
3	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
4	MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie <i>vorrangig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie</i>
5	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>aktivierende Pflege</i>
6	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
7	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien <i>Elternberatung in der KJP Fachzertifizierte Babylotsin in der Geburtshilfe</i>
8	MP43 - Stillberatung
9	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Patientenseminare CED; Weltdiabetestag; Darmkrebsmonat März; Darmtag</i>
10	MP30 - Pädagogisches Leistungsangebot <i>KJP: Erlebnispädagogik; Bibliothek</i>
11	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
12	MP37 - Schmerztherapie/-management
13	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
14	MP45 - Stomatherapie/-beratung
15	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
16	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
17	MP51 - Wundmanagement
18	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Am Herz-Jesu- Krankenhaus angebunden (vor Ort möglich)</i>
19	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
20	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
21	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Diabetesschulung, individuelle Beratung bzgl. unterschiedlicher Präventionen, Patientenschulung, Krisenintervention; Soziales Kompetenztraining in der KJP</i>
22	MP36 - Säuglingspflegekurse <i>Angebot für Geschwister innerhalb der Geburtshilfe</i>
23	MP53 - Aromapflege/-therapie <i>Intensivstation, Palliativpflege</i>
24	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Caritas- Sozialstation im Hause; Geriatrische Tagesklinik am Hause angebunden</i>
25	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
26	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
27	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Diabetikerschulungen etc.</i>
28	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <i>Bezugspflegekonzept / Bereichspflegekonzept</i>
29	MP21 - Kinästhetik
30	MP25 - Massage

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
31	<p>MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst</p> <p><i>Psychoonkologische Beratung, zusätzliches Angebot durch die Krebsberatungsstelle in Fulda; Psychotherapie in der KJP und Geriatrie</i></p>
32	MP27 - Musiktherapie
33	<p>MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen</p> <p><i>Deutsche Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV e.V.), Deutscher Diabetiker-Bund; Diabetes AG; Deutsche Leberhilfe; Stiftung Lebensblicke, Adipositas Selbsthilfegruppe, weitere Kontakte werden auf Wunsch vermittelt</i></p>
34	<p>MP26 - Medizinische Fußpflege</p> <p><i>Zusammenarbeit mit externen Praxen</i></p>
35	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
36	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
37	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
38	<p>MP63 - Sozialdienst</p> <p><i>Zusätzlich in der KJP: Beratung und Betreuung; Milieutherapeutische Behandlung</i></p>
39	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
40	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
41	MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
42	<p>MP14 - Diät- und Ernährungsberatung</p> <p><i>Zusätzlich: in der Tagesklinik Geriatrie: Kochtraining; KJP: Kochtraining/ Backen</i></p>
43	<p>MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie</p> <p><i>KJP: Spielzimmer/ Bällchenbad; Fitnessraum, zahlreiche Aufenthaltsräume für Musik und Spiele; Tischtennis, Billard/ Klettern; Multifunktionsraum (420m²)</i></p>
44	<p>MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden</p> <p><i>Palliativtherapie, Palliativpflegekonzept, Hospizdienst</i></p>
45	MP06 - Basale Stimulation
46	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
47	MP54 - Asthmaschulung
48	MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
49	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
50	MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
51	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik <i>Informationen entnehmen sie bitte unserer Homepage <a href="https://herz-jesu-krankenhaus.de/nachrichten-und-veranstaltungen/veranstaltungen-geburtshilfe">https://herz-jesu-krankenhaus.de/nachrichten-und-veranstaltungen/veranstaltungen-geburtshilfe</a></i>
52	MP70 - Spezielles Leistungsangebot für an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten
53	MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
54	MP67 - Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder

Durch die Physiotherapiepraxis am Herz-Jesu Krankenhaus können unseren Patientinnen und Patienten weitere therapeutische Leistungsangebote ermöglicht werden, hierzu zählen unter Anderem:

- Manuelle Lymphdrainage
- CMD ( Kiefergelenkbehandlung)
- Sportphysiotherapie
- Reflektorische Atemtherapie
- Osteopathie

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Unser Haus verfügt über zahlreiches Angebot an nicht-medizinischen Leistungen.

#	Leistungsangebot
1	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Im Aufbau von Kontakten unterstützt unsere Patientenberatung/ Sozialdienst.</i>
2	NM64: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet <i>Möglichkeit vorhanden</i>



#	Leistungsangebot
3	<p>NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung</p> <p><i>Katholische und evangelische Seelsorge im Haus. Zusätzliche Einbindung der ökumenischen Rufbereitschaft. Es werden 6x Wo. katholische Gottesdienste und 1 x Wo. ein christlich- spiritueller Impulse in der Krankenhauskapelle gefeiert. Weitere Angebote sind unserer Internet Seite zu entnehmen.</i></p> <p><a href="https://herz-jesu-krankenhaus.de/patienten-besucher/krankenhausseelsorge/">https://herz-jesu-krankenhaus.de/patienten-besucher/krankenhausseelsorge/</a></p>
	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
4	<p><i>Begleitpersonen können bei medizinischer Notwendigkeit mit aufgenommen werden. Ohne medizinische Notwendigkeit ist eine Aufnahme nur bei ausreichenden Bettenkapazitäten gegen Kostenerstattung möglich</i></p>
5	<p>NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen</p> <p><i>Für Patienten der KJP: kulturelle Angebote, Freizeitangebote und Ausflüge Aktuelle News und Veranstaltungen können Sie unter folgendem Link ansehen: <a href="https://herz-jesu-krankenhaus.de/patienten-besucher/aktuelle-informationen/">https://herz-jesu-krankenhaus.de/patienten-besucher/aktuelle-informationen/</a></i></p>
	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
6	<p><i>Angebot von Ernährungsberatung etc. nach Rücksprache auf den Stationen. Diverse diätetische Angebote vorhanden.</i></p>
7	<p>NM07: Rooming-in</p> <p><i>Entsprechendes Rooming-in Konzept ist vorhanden</i></p>
	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
8	<p><i>Stehen unseren isolierten Patienten oder Wahlleistungspatienten zur Verfügung.</i></p>
9	<p>NM05: Mutter-Kind-Zimmer</p> <p><i>Werden in der Geburtshilfe vorgehalten</i></p>
	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
10	<p><i>Alle Zimmer sind mit Nasszelle ausgestattet</i></p>
11	<p>NM50: Kinderbetreuung</p> <p><i>Ist separat anzufragen.</i></p>
	NM62: Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung
12	<p><i>Schule für Kranke durch den Landkreis Fulda bzw. Hersfeld-Rotenburg abgedeckt. Diese ist am Krankenhaus bzw. an der Tagesklinik Bad Hersfeld angesiedelt. Zusätzliches Spielangebot für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Spielecken, Spielplatz, großzügiges Außengelände.</i></p>

#	Leistungsangebot
13	<p>NM68: Abschiedsraum</p> <p><i>Ein Abschiedsraum für Verstorbene steht den Angehörigen zur Verfügung.</i></p>
14	<p>NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</p> <p><i>Zusätzliches Angebot durch ehrenamtliche Mitarbeiter: mobile Bibliothek</i></p>
15	<p>NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)</p> <p><i>Fernseher, WLAN, Tresor, ein Aufenthaltsraum und eine Cafeteria stehen zur Verfügung. Patientengrußpost und Videotelefonie für Patienten über Tablets auf den Stationen möglich.</i></p>

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Generell erhalten die Patientinnen und Patienten über unsere Patienteninformation, je nach Bedarf entsprechende Unterstützung bzw. Ansprechpartner genannt. Je nach Unterstützungsbedarf stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aus verschiedensten Bereichen, zur Verfügung.

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patienteninformation
Titel, Vorname, Name	Information Information
Telefon	0661 15 0
Fax	0661 15 1214
E-Mail	info@herz-jesu-krankenhaus.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	<p>BF24 - Diätetische Angebote</p> <p><i>Durch eine speziell geschulte Mitarbeiterin sowohl im Bereich der hauseigenen Küche, als auch auf Station werden spezielle Ernährungsbedürfnisse besprochen und umgesetzt.</i></p>
2	BF23 - Allergenarme Zimmer

#	Aspekte der Barrierefreiheit
3	<p>BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal</p> <p><i>Eine aktuelle Liste der Mitarbeitenden mit Fremdsprachenkenntnissen wird vorgehalten. Des weiteren steht in allen Abteilungen eine Übersetzer-App zur Verfügung.</i></p>
4	<p>BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße</p> <p><i>Es besteht die Möglichkeit Patienten mit einem Körpergewicht bis zu 300 kg zu röntgen, da auch eine Adipositaschirurgie im Haus angeboten wird.</i></p>
5	<p>BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten</p> <p><i>Verschiedene Hilfsmittel (Blutdruckmanschetten etc.) werden vorgehalten.</i></p>
6	<p>BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe</p>
7	<p>BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische</p> <p><i>Durch die im Haus vorhandene Adipositas-Chirurgie können Patienten mit einem hohen Körpergewicht operiert werden.</i></p>
8	<p>BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)</p> <p><i>Durch die im Haus vorhandene Adipositas-Chirurgie sind spezielle Betten im Haus vorhanden. Eine tageweise Mietung spezieller Betten wird ebenfalls vorgehalten.</i></p>
9	<p>BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter</p> <p><i>Sowohl ein Patientenlifter, als auch spezielle Rollstühle und Toilettenstühle werden vorgehalten.</i></p>
10	<p>BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen</p> <p><i>Auf jeder Etage ist eine spezielle Toilette vorhanden.</i></p>
11	<p>BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen</p> <p><i>Alle Sanitäranlagen sind entweder für einem Rollstuhl oder Nachtstuhl befahrbar.</i></p>
12	<p>BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen</p> <p><i>Es gibt bei jedem Eingang eine barrierefreie Zugangsmöglichkeit, sowie mehrere Aufzüge im Haus.</i></p>
13	<p>BF11 - Besondere personelle Unterstützung</p>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
14	<i>Ein ergänzendes Farbleitsystem ist vorhanden. Einzelne Informationsflyer werden bereits in großer Schrift vorgehalten.</i>
	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
15	<i>Alle Tasten am und im Aufzug sind für Rollstuhlfahrer erreichbar.</i>
	BF25 - Dolmetscherdienst
16	<i>Eine aktuelle Liste der Mitarbeitenden mit mehreren Sprachkenntnissen wird vorgehalten. z.B. Türkisch, Russisch, Polnisch, Ukrainisch, Arabisch, Persisch, Somali etc. Des weiteren steht kann eine Übersetzungs- App unterstützen.</i>
	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
17	<i>Auf den geriatrischen Stationen sind endsprechende Systeme eingerichtet (DESA-Uhr/ Patiententransponder), die die Versorgung der Menschen mit Demenz unterstützt (Hinlauf Tendenz). Auch die Einrichtung und Gestaltung der Stationen ist auf die besonderen Bedürfnisse hin berücksichtigt worden.</i>
	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
18	<i>Eine eigene Krankenhauskapelle steht Allen zur Verfügung.</i>
	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
19	<i>Alle Eingänge sind barrierefrei. Es werden an der Information Rollstühle und Rollatoren für Patienten (die Aufgenommen werden) und Besucher vorgehalten.</i>
	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
20	<i>Alle Zugänge sind barrierefrei zugänglich.</i>
	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
21	<i>Sowohl im Aufzug, den Besuchertoiletten, als auch in den Patientenzimmern befinden sich barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten zu Notrufsystemen.</i>

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
---	---

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	<p>FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten</p> <p><i>Das Herz Jesu Krankenhaus Fulda kooperiert mit dem Fachbereich Pflege- und Gesundheit und Hebammenwesen der Hochschule Fulda und bietet Raum für die Planung und Umsetzung von studentischen Projekten.</i></p>
2	<p>FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)</p> <p><i>Insgesamt 17 Ausbildungsplätze in den ausgewiesenen Fachrichtungen stellt das Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda pro Tertial für die Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ) bereit. <a href="https://herz-jesu-krankenhaus.de/herz-jesu-krankenhausfulda-ist-akademisches-lehrkrankenhaus">https://herz-jesu-krankenhaus.de/herz-jesu-krankenhausfulda-ist-akademisches-lehrkrankenhaus</a></i></p>
3	<p>FL09 - Doktorandenbetreuung</p> <p>FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten</p>
4	<p><i>Priv.-Doz. Dr. med. F. M. Theisen (Chefarzt KJP), Universität Marburg/ Prof. Dr. Kronenberger (Chefarzt IM) ist außerplanmäßiger Professor an der Goethe-Universität Frankfurt und bietet curriculare Lehrveranstaltungen für Studierende der Medizin an.</i></p>

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	<p>HB10 - Entbindungspfleger und Hebamme</p> <p><i>5 Plätze Hebammenkunde (duales Studium) in Kooperation mit der Hochschule Fulda und dem Klinikum Fulda</i></p>
2	<p>HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)</p> <p><i>2 Ausbildungsplätze in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum am Klinikum Fulda</i></p>
3	<p>HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin</p> <p><i>7 Ausbildungsplätze im März und 7 Ausbildungsplätze im September in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum des Klinikums Fulda. 8 Ausbildungsplätze im Oktober in Zusammenarbeit mit der Caritas Pflegeschule Fulda.</i></p>
4	<p>HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin</p> <p><i>Anzahl Ausbildungsplätze nach Bedarf, Angebot und Nachfrage</i></p>
5	<p>HB18 - Notfallsanitäterinnen und -sanitär (Ausbildungsdauer 3 Jahre)</p> <p><i>Im Rahmen von Kooperationsverträgen mit den jeweiligen Ausbildungsträgern können im HJK Praktika ausgeübt werden.</i></p>

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
---	-----------------------------------

HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)

6      *1 Ausbildungsplatz pro Jahr in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum am Klinikum Fulda*

## A-9 Anzahl der Betten

Die Bettenanzahl incl. der stationären KJP Betten beträgt in 2021; 354 Betten.

Anzahl Betten	353
---------------	-----

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	12051
Teilstationäre Fallzahl	422
Ambulante Fallzahl	15681
StäB. Fallzahl	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				104,04
Beschäftigungsverhältnis	Mit	102,34	Ohne	1,7
Versorgungsform	Ambulant	3,95	Stationär	100,09

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				52,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	51,18	Ohne	1,73
Versorgungsform	Ambulant	2,18	Stationär	50,73

#### Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2
--------	---

#### Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				0,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				0,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften



Gesamt				174,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	173,78	Ohne	1
Versorgungsform	Ambulant	0,71	Stationär	174,07

### **Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt				37,98
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	37,98

### **Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt				51,18
Beschäftigungsverhältnis	Mit	50,79	Ohne	0,39
Versorgungsform	Ambulant	0,39	Stationär	50,79

### **Pflegefachfrauen B. Sc. und Pflegefachmänner B. Sc. (7-8 Semester)**

Gesamt				2,81
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,81

### **Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Gesamt				25,64
Beschäftigungsverhältnis	Mit	25,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	25,64

### **Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Gesamt				18
--------	--	--	--	----

### **Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften**

Gesamt				0,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				18,81
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,81

### A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt				5,14
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,38	Stationär	3,76

#### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Gesamt				4,41
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,01	Stationär	2,4

#### Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Gesamt				5,68
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,3	Stationär	4,38

#### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt				4,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,26	Ohne	0,52
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,78

#### Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Gesamt				4,37
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,37	Ohne	0

Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4,37
<b>Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen</b>				
Gesamt	2,82			
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,82	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,82

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

### SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt	1,31			
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,31	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,31

### SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt	11,81			
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	11,29	<b>Ohne</b>	0,52
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	11,81

### SP06 - Erzieherin und Erzieher

Gesamt	13,15			
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	13,15	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	13,15

### SP08 - Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger

Gesamt	10,53			
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,53	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	10,53

### SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Gesamt	0,43			
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,22	<b>Ohne</b>	0,21

Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b> 0,43
-----------------	-------------------	-----------------------

### SP54 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Gesamt	4,41		
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,41	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,01	<b>Stationär</b> 2,4

### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt	18,43		
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	18,43	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b> 18,43

### SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt	6,84		
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,84	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,38	<b>Stationär</b> 5,46

### SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt	2,82		
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,82	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b> 2,82

### SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Gesamt	10,4		
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,4	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b> 10,4

### SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Gesamt	11,07		
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	11,07	<b>Ohne</b> 0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b> 11,07

### SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)

Gesamt				7,21
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,21

### SP59 - Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

Gesamt				2,93
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,93

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

Die Beauftragte für das klinische Risikomanagement sowie zwei Mitarbeiter haben sich in 2017 zum klinischen Risikomanager nach der ONR 49003:2014 weiter gebildet. Die Methoden zur Risikoidentifizierung und Risikobearbeitung werden in regelmäßigen Schulungen den Mitarbeiter/-innen aus allen Bereichen vermittelt und sind im Risikomanagement-Handbuch, welches regelmäßig überarbeitet und aktualisiert wird, verankert. Die klinischen Risiken, die sich aus dem Umgang mit den Patient/-innen ergeben, werden identifiziert und gemeinsam im interdisziplinären Team bearbeitet, Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Über das interne CIRS-Meldesystem, Patientenrückmeldungen und interne Audits werden mögliche Risiken in der Patientenversorgung identifiziert, gemeldet und bearbeitet. Alle 2 Monate finden strukturierte M&M Konferenzen im interdisziplinären Team statt. Eine individuelle Risikomatrix ist vorhanden, welche die durch die Risikoeigner identifizierten Risiken nach Eintrittswahrscheinlichkeit und Auswirkung klassifiziert und ein Ranking für die Bearbeitung darstellt. Diese wird in regelmäßigen Abständen neu erfragt und angepasst / ergänzt.

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### Qualitäts- und Risikomanagement

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) ist seit dem 1. Januar 2000 gesetzlich gefordert (§§ 135a bzw. 137 SGB V). Es geht darum, die Qualität der erbrachten Leistungen im Interesse der Patientinnen und Patienten zu sichern und weiter zu entwickeln.

Die Trägerin des Krankenhauses, die St. Vinzenz-Krankenhaus gGmbH Fulda, entschied darauf hin, ein Qualitätsmanagement in all ihren Krankenhäusern zu implementieren, das nach den Vorgaben von proCumCert incl. KTQ zertifiziert wird. Zwischenzeitlich erfolgte ein Umstieg des QM-Systems auf die Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015 ergänzt um die besonderen Qualitätskriterien an eine kirchliche Einrichtung gemäß proCumCert. Eine externe Überprüfung im Oktober 2021 bestätigt dem Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda ein erfolgreiches Umsetzen dieser Anforderungen. Bei der Zertifizierung unterzieht sich unsere Einrichtung einer freiwilligen Qualitäts- und Leistungskontrolle und zeigt in besonderer Weise die Bemühungen um eine dauerhafte optimale Patientenversorgung.

Mit dem Patientenrechtegesetz wurde im Jahr 2013 die Einführung von Risikomanagementsystemen auch in Krankenhäusern beschlossen. Die Anforderungen an das Risikomanagement wurden daraufhin im Januar 2014 bundesweit verbindlich vorgegeben.

Qualitäts- und Risikomanagementsysteme im Krankenhaus stellen Instrumente vor allem zum Gewährleisten einer hohen Patientensicherheit und zur kontinuierlichen Organisationsentwicklung dar. Im Rahmen von interdisziplinären und berufsgruppenübergreifenden Projekten werden Abläufe hinterfragt, transparent gemacht und bei Bedarf verbessert. Dies führt auch zu mehr Mitarbeiterzufriedenheit, da jede Mitarbeiterin bzw. jeder Mitarbeiter die Möglichkeit hat, sich in Verbesserungsprozesse einzubringen.

Darüber hinaus bietet sich die Chance, ethische und christliche Aspekte im Rahmen einer Werteorientierung in der Unternehmenskultur festzulegen und kontinuierlich zu fördern.

Das Qualitäts- und Risikomanagement im Herz-Jesu-Krankenhaus orientiert sich neben den gesetzlichen Vorgaben auch an folgenden Aussagen des „Leitbildes für die Einrichtungen der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul, Mutterhaus Fulda, vom 13.01.2001“:

**„Im Mittelpunkt steht der Mensch“**

(ebenda, S.2)

**„Das zentrale Anliegen unserer gemeinsamen Anstrengungen ist es, unsere Angebote im Dienste der Hilfesuchenden ständig zu überprüfen und zu verbessern“**

(ebenda, S.4)

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Qualitäts- und Risikomanagerin

Titel, Vorname, Name

Sonja Seeger

Telefon	0661 15 9500
Fax	0661 15 5383
E-Mail	s.seeger@herz-jesu-krankenhaus.de

### A-12.1.2 Lenkungsgremium

#### Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht

Ja

#### Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Das Gremium ist interdisziplinär besetzt. Mitarbeiter:innen aus dem ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst, dem Funktionsdienst und aus der Verwaltung sind am Gremium beteiligt

Tagungsfrequenz des Gremiums

andere Frequenz

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Als Beauftragte für das klinische Risikomanagement sind zwei Mitarbeiterinnen zum klinischen Risikomanager nach der ONR 49003:2014 weitergebildet.

Die Maßnahmen der Risikoidentifizierung und Risikobearbeitung sind erläutert und werden in regelmäßigen Schulungen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus allen Bereichen vermittelt. Sie sind zudem im Risikomanagement Handbuch verankert und unterliegen einer regelmäßigen Überarbeitung und Aktualisierung.

Als Critical Incident Reporting System (CIRS) wird Intrafox verwendet. Es steht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern frei zugänglich über das Intranet zur Verfügung. Ein CIRS-Auswertungsteam kümmert sich um die Bearbeitung der eingehenden Beinahe- Ereignisse und Zwischenfälle. Die Informationen über hausinterne/-externe Meldungen werden kommuniziert.

Strukturierte M&M Konferenzen finden alle zwei Monate im interdisziplinären Team statt.

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

#### Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement  
verantwortliche Person

eigenständige Position für Risikomanagement

#### Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Risikomanagerin

Titel, Vorname, Name

staatl. anerkannte Dipl. Sozialpädagogin (FH) Saskia  
Heister

Telefon

0661 15 5161

E-Mail

s.heister@herz-jesu-krankenhaus.de

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

#### Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in  
Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer  
Steuergruppe, die sich regelmäßig zum  
Thema Risikomanagement austauscht

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

#### Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Das Gremium ist interdisziplinär besetzt. Mitarbeiter  
aus dem ärztlichen Dienst, dem Pflege- und  
Funktionsdienst als auch aus der Verwaltung sind  
Mitglieder dieses Gremiums

Tagungsfrequenz des Gremiums

monatlich





## A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

### Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.10.2021</p>
2	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	RM03: Mitarbeiterbefragungen
4	<p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.10.2021</p>
5	<p>RM05: Schmerzmanagement</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.10.2021</p>
6	<p>RM06: Sturzprophylaxe</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.10.2021</p>
7	<p>RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.10.2021</p>
8	<p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.10.2021</p>
9	<p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.10.2021</p>
10	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

## Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
13	<p>RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.10.2021</p>
14	<p>RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.10.2021</p>
15	<p>RM18: Entlassungsmanagement</p> <p><b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert.</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.10.2021</p>

### Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- ☒ Tumorkonferenzen
- ☒ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- ☒ Pathologiebesprechungen
- ☒ Palliativbesprechungen
- ☒ Qualitätszirkel

## A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

### Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

### Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen</p> <p><b>Frequenz:</b> monatlich</p>
2	<p>IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor</p> <p><b>Letzte Aktualisierung:</b> 31.01.2024</p>
3	<p>IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem</p> <p><b>Frequenz:</b> halbjährlich</p>

## Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Projekttag "Room of Horror" für alle Berufsgruppen, Projekt zur Überprüfung des Tragens der Patientenarmbändern mit daraus abgeleiteten Korrekturmaßnahmen

## A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

### Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Ja
---	----

## Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

## Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

#### Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	IKI Gießen (extern), Ärztin für Krankenhaushygiene (intern)

#### Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	6
Erläuterungen	Pro bettenführender Abteilung ist 1 Mitarbeiter benannt (jeder MA hat den Kurs "Hygienebeauftragter Arzt" abgeschlossen)

#### Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	1 HFK extern, 1 HFK intern

#### Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	28
Erläuterungen	Pro Station / Abteilung ist ein MA benannt

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

#### Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

#### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Rüdiger Hacker
Telefon	0661 15 5360
Fax	0661 15 5392
E-Mail	r.hacker@herz-jesu-krankenhaus.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

#### Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

#### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

#### Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

#### Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor

Auswahl Ja

#### Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

#### Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	Ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert	Ja

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor**

Auswahl

Ja

**Der Standard thematisiert insbesondere**

#	Option	Auswahl
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	Ja

**Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert**

Auswahl

Ja

**Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft**

Auswahl

Ja

**A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

**Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor**

Auswahl

Ja

**Der interne Standard thematisiert insbesondere**

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

**Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert**

Auswahl

Ja

**A-12.3.2.4 Händedesinfektion**

Das Händedesinfektionsmittelverbrauch ist auf den Allgemeinstationen erfasst. Aufgrund coronabedingter Prozesse innerhalb der Produktlieferung kann dieser nicht differenziert

dargestellt werden.

### Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben	Ja
--	----

### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	38,14
---	-------

### Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Ja
---	----

### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	114,42
--	--------

### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl	Ja
---------	----

## A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

### Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja
2	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja



### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

#### Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen</p> <p><i>Es erfolgt eine interne Auswertung der Händedesinfektionsverbräuchen/ Vergleich mit NRZ Daten</i></p>
2	<p>HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten</p> <p><b>Frequenz:</b> jährlich</p> <p><i>ja, 1x pro Jahr</i></p>
3	<p>HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen</p> <p><b>Frequenz:</b> jährlich</p> <p><i>Pflichtfortbildung jährlich, Schulung Themenbezogen halbjährlich</i></p>
4	<p>HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)</p> <p><b>Teilnahme ASH:</b> Teilnahme (ohne Zertifikat)</p>

#### Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

- ☒ ITS-KISS
- ☒ OP-KISS

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

#### Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<p>Ja</p> <p><a href="https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr-emeinung/">https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr-emeinung/</a></p> <p><i>Ein strukturiertes Beschwerdemanagement -Konzept ist vorhanden. Es regelt die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung.</i></p>
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	<p>Ja</p> <p><a href="https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr-emeinung/">https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr-emeinung/</a></p> <p><i>Ein strukturiertes Beschwerdemanagement -Konzept ist vorhanden. Es regelt die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung.</i></p>

## Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	<p>Ja</p> <p><a href="https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr-emeinung/">https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr-emeinung/</a></p> <p>Ein strukturiertes Beschwerdemanagement -Konzept ist vorhanden. Es regelt die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung.</p>
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	<p>Ja</p> <p><a href="http://herz-jesu-krankenhaus.de/wie-ueber-uns/ihre-meinung/">http://herz-jesu-krankenhaus.de/wie-ueber-uns/ihre-meinung/</a></p> <p>Ein strukturiertes Beschwerdemanagement -Konzept ist vorhanden. Es regelt die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung.</p>
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	<p>Ja</p> <p>Ein strukturiertes Beschwerdemanagement -Konzept ist vorhanden. Es regelt die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung.</p>
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	<p>Ja</p> <p><a href="https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr-emeinung/">https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr-emeinung/</a></p> <p>Ein strukturiertes Beschwerdemanagement -Konzept ist vorhanden. Es regelt die Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung.</p>
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	<p>Ja</p>
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	<p>Ja</p> <p><a href="https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr-emeinung/">https://herz-jesu-krankenhaus.de/wir-ueber-uns/ihr-emeinung/</a></p> <p>Patienten haben die Möglichkeit über den Patientenfragebogen anonym Beschwerden/ Rückmeldungen abzugeben. Hierfür sind auf jedem Stockwerk Briefkästen montiert die regelhaft geleert werden. Zudem können Meldungen über die Internetseite anonym abgegeben werden.</p>
9	Patientenbefragungen	<p>Ja</p> <p>Es findet mindestens 1 Mal pro Jahr eine strukturierte Patientenbefragung über mehrere Wochen statt.</p>

### Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
---	-------------------------------	----------

Ja

10 Einweiserbefragungen

*Neben der Einweiserbefragung stehen unsere Cheförzte im engen Kontakt/ Austausch mit den niedergelassenen Ärzten und Zuweisern unserer Region.*

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Risikomanagerin
Titel, Vorname, Name	B.sc. Johanna Sill
Telefon	0661 15 9573
E-Mail	qm@herz-jesu-krankenhaus.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Risikomanagerin
Titel, Vorname, Name	staatl. anerkannte Dipl. Sozialpädagogin (FH) Saskia Heister
Telefon	0661 15 5161
E-Mail	qm@herz-jesu-krankenhaus.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Qualitäts- und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Diplom-Kauffrau Sonja Seeger
Telefon	0661 15 9500
E-Mail	qm@herz-jesu-krankenhaus.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitäts- und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Medizinische Fachangestellte Theresa Happ
Telefon	0661 15 9682
E-Mail	qm@herz-jesu-krankenhaus.de

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Diplom-Kauffrau Sonja Seeger
Telefon	0661 15 9500
E-Mail	s.seeger@herz-jesu-krankenhaus.de

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

Alle Patienten erhalten bei Aufnahme ein Patientenidentifikationsarmband, sowie ein Bettschild.

Eine Arbeitsanweisung zur aktiven Patientenidentifikation ist erstellt und im Intranet zugänglich. Hier sind die Kriterien und Inhalte der aktiven Patientenidentifikation enthalten.

Die Patienten-/ Medikationsverwechslungen werden systematisch über das CIRS erfasst und im interdisziplinären Team analysiert, sowie Maßnahmen abgeleitet. Die Anzahl der Fehlermeldungen wird als Kennzahl erhoben und beobachtet. In allen Bereichen ist eine laminierte Fassung der 6 R Regel ausgehängt.

Alle Medikamentenanordnungen werden als Wirkstoff angegeben. Teilweise ist eine elektronische Medikamentenanordnung inkl. Medikamentenprüfungen (Interaktion, Überdosierung etc.) etabliert. --> Etablierung in andere Bereiche geplant.

In den BTM Ordnern ist eine Musterkarteikarte nach den Vorgaben des AMG enthalten.

Halbjährliche Begehungen werden durch die Apotheke durchgeführt, sowie die stichprobenhafte Überprüfung des Medikamentenmanagements im Rahmen der interne Qualitäts- und Risikomanagementaudits.

Eine Verfahrensweisung rund um das Thema Medikation ist erstellt und wird regelmäßigen Prüfungen unterzogen.

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

#### Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

#### Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

#### Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. Rüdiger Hacker
Telefon	0661 15 3216
Fax	0661 15 4108
E-Mail	r.hacker@herz-jesu-krankenhaus.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	2
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	1
Erläuterungen	Der Leiter als auch fest benanntes Personal der Falken Apotheke Gründau Lieblos sind für unser Haus zuständig.

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären

Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

### Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	AS03: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Medikationsprozess <b>Letzte Aktualisierung:</b> 06.04.2022 <b>Erläuterungen:</b>
4	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
5	AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Es liegen ein ausführliches Qualitätsmanagement und Risikomanagement Handbuch vor. Alle dort enthaltenden Dokumente werden in einem Zyklus von 1- 2 Jahren geprüft und bei Bedarf aktualisiert. <b>Letzte Aktualisierung:</b> 12.10.2021
6	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
7	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
8	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
9	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
10	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
11	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

### **Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln**

- ☒ Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- ☒ Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe):  
Elektronische Bestellung

### **Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern**

- ☒ Fallbesprechungen
- ☒ Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- ☒ Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- ☒ Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

### **Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung**

- ☒ Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- ☒ Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- ☒ Aushändigung des Medikationsplans
- ☒ bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

## **A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

### **Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?

Ja

Erläuterungen

Es existiert eine Präventionsordnung. Eine Präventionsfachkraft ist benannt und tätig. Es wurden u.a. einschlägige Schulungen zum Thema angeboten.

### **Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor**

Auswahl

Ja

### Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen
2	SK03: Aufklärung
3	SK04: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen <b>Letzte Überprüfung:</b> 07.08.2024
4	SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten
5	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl
6	SK07: Sonstiges (Prävention)
7	SK08: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt <b>Letzte Überprüfung:</b> 07.08.2024
8	SK10: Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle <b>Letzte Überprüfung:</b> 07.08.2024

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich
2	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
3	AA15 - Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung	Ja
4	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich
5	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Nein
6	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
7	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja
		Nein
8	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	<i>In Kooperation mit der Radiologisch- Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis im Zentrum Vital</i>
9	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich
10	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Nein
11	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja



## A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

Das Herz-Jesu Krankenhaus Fulda hat im Rahmen der Budgetverhandlungen 2021 mit Wirkung zum 1. April 2024 die "Basisnotfallversorgung" nach § 136c Abs. 4 SGB V des GBA vereinbart.

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe 2 ist beantragt

#### Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

#### Stufen der Notfallversorgung

☒ Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

#### Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand

Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

#### Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt

Nein

**A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)**

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.

Nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.

Nein

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

## B-[0100] Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie

### B-[0100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie

#### B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

#### B-[0100].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Innere Medizin
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med Bernd Kronenberger
Telefon	0661 15 2301
Fax	0661 15 2309
E-Mail	sekretariat.innere-medizin@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstraße
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

## B-[0100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[0100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“) <div>endoskopisch retrograde Cholangiopankreaticographie</div>
2	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
3	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
4	VR04 - Duplexsonographie
5	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen <div>Spezialsprechstunde mit mehr als 500 CED</div>
6	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes; Schilddrüse)
7	VX00 - („Sonstiges“) <div>perkutane transhepatische Cholangiographie</div>
8	VC71 - Notfallmedizin
9	VI00 - („Sonstiges“) <div>Schwerpunkt durch das hessische Sozialministerium ausgewiesen Anerkennung als Behandlungseinrichtung für Typ 1 und 2</div>
10	VR02 - Native Sonographie
11	VR06 - Endosonographie
12	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie

#	Medizinische Leistungsangebote
13	VI20 - Intensivmedizin
14	VI39 - Physikalische Therapie
15	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
	VI35 - Endoskopie
16	<i>Diagnostische und therapeutische Endoskopie, gesamtes Spektrum, mittels hochauflösender Videoendoskopie und Vergrößerungsendoskopie; Notfallendoskopie</i>
17	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>insbesondere Tumoren des Magen</i>
18	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
19	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
20	VI00 - („Sonstiges“) <i>Anerkennung als Behandlungseinrichtung durch die Deutsche Diabetes- Gesellschaft</i>
21	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
22	VI00 - („Sonstiges“) <i>Schwerpunkt durch das hessische Sozialministerium ausgewiesen. Erkrankungen von Magen, Darm, Speiseröhre, Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse</i>
23	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
24	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
25	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen <i>ERCP: endoskopisch retrograde Cholangiopankreaticographie</i>
26	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
27	VI38 - Palliativmedizin
28	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
29	VI40 - Schmerztherapie
30	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
31	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
32	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen

#	Medizinische Leistungsangebote
33	VD02 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
34	VG05 - Endoskopische Operationen
35	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
36	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
37	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
38	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
39	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
40	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
41	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
42	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
43	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
44	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
45	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
46	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
47	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
48	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
49	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
50	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
51	VI42 - Transfusionsmedizin
52	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
53	VK02 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
54	VK03 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
55	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
56	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
57	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
58	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

#	Medizinische Leistungsangebote
59	VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
60	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
61	VK14 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
62	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
63	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
64	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
65	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
66	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
67	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
68	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
69	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
70	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
71	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
72	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
73	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
74	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
75	VR47 - Tumorembolisation
76	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
77	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
78	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
79	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
80	VU18 - Schmerztherapie

## B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4449
Teilstationäre Fallzahl	0



## B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	242
2	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	224
3	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	157
4	E86	Volumenmangel	147
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	115
6	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	108
7	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	95
8	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	84
9	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	81
10	R55	Synkope und Kollaps	74
11	A46	Erysipel [Wundrose]	70
12	K29.6	Sonstige Gastritis	62
13	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	61
14	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	59
15	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	59
16	R07.2	Präkordiale Schmerzen	53
17	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	50
18	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	43
19	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	42
20	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	40
21	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	33
22	K63.5	Polyp des Kolons	32

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
23	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	31
24	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	30
25	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	29
26	I21.48	Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt	28
27	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	28
28	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	28
29	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	28
30	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	26

### B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	280
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	230
3	K29	Gastritis und Duodenitis	189
4	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	157
5	E86	Volumenmangel	147
6	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	134
7	K57	Divertikulose des Darmes	124
8	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	123
9	K80	Cholelithiasis	122
10	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	116
11	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	107

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
12	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	105
13	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	102
14	R07	Hals- und Brustschmerzen	94
15	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	74
16	R55	Synkope und Kollaps	74
17	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	73
18	A46	Erysipel [Wundrose]	70
19	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	66
20	A41	Sonstige Sepsis	51
21	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	51
22	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	51
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	50
24	I70	Atherosklerose	45
25	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	45
26	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	44
27	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	42
28	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	39
29	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	38
30	K25	Ulcus ventriculi	37

### B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	736
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	589
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	422

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
4	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	341
5	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	212
6	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	193
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	164
8	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	156
9	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	155
10	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	147
11	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	121
12	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	118
13	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	117
14	3-056	Endosonographie des Pankreas	113
15	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	108
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	105
17	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	93
18	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	84

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
19	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	81
20	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	67
21	5-513.f0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese	67
22	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	65
23	1-653	Diagnostische Proktoskopie	61
24	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	58
25	1-632.x	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Sonstige	57
26	5-526.1	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Inzision der Papille (Papillotomie)	55
27	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	54
28	5-449.d3	Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch	51
29	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	50
30	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	47

### B-[0100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	793
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	783
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	714
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	515
5	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	374
6	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	368

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	267
8	5-469	Andere Operationen am Darm	265
9	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	171
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	164
11	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	138
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	113
13	3-056	Endosonographie des Pankreas	113
14	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	81
15	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	71
16	5-449	Andere Operationen am Magen	65
17	1-653	Diagnostische Proktoskopie	61
18	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	54
19	5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	53
20	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	51
21	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	50
22	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	50
23	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	48
24	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	45
25	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	45
26	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	39
27	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	39
28	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	39
29	1-645	Zugang durch retrograde Endoskopie	38

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	6-005	Applikation von Medikamenten, Liste 5	35

## B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
2	AM07 - Privatambulanz	Behandlungsmöglichkeiten s.o.
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

### B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM08	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
2	AM08	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
3	AM08	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
4	AM08	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
5	AM08	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
6	AM08	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

## B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	220
2	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	86
3	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	76

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
4	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	76
5	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	60
6	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	18
7	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	14
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	7
9	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	6
10	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	5
11	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	4
12	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	< 4
13	3-054	Endosonographie des Duodenums	< 4
14	3-053	Endosonographie des Magens	< 4
15	5-513.b	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	< 4
16	5-493.01	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 2 Hämorrhoiden	< 4
17	5-513.d	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Bougierung	< 4
18	8-123.00	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel: Ohne jejunale Sonde	< 4
19	5-493.02	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 3 oder mehr Hämorrhoiden	< 4
20	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
21	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
22	5-493.00	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 1 Hämorrhoid	< 4



## B-[0100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	240
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	162
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	159
4	3-056	Endosonographie des Pankreas	7
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	5
6	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	4
7	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
8	3-053	Endosonographie des Magens	< 4
9	3-054	Endosonographie des Duodenums	< 4
10	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
11	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
12	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	< 4

## B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[0100].11 Personelle Ausstattung

### B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

Gesamt		21,86	Fälle je VK/Person	206,067627
Beschäftigungsverhältnis	Mit	21,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,27	Stationär	21,59

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		8,05	Fälle je VK/Person	571,1168
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,26	Stationär	7,79

### B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
3	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

### B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF07 - Diabetologie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF15 - Intensivmedizin
4	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie
5	ZF61 - Klinische Akut- und Notfallmedizin

### B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		57,32	Fälle je VK/Person	77,75253
Beschäftigungsverhältnis	Mit	57,32	Ohne	0

Versorgungsform

**Ambulant** 0,1

**Stationär** 57,22

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		10,24	Fälle je VK/Person	434,472656
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,24	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	10,24

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		8,3	Fälle je VK/Person	536,0241
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,3	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	8,3

### Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		1,78	Fälle je VK/Person	2499,43823
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,78	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,78

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		5,61	Fälle je VK/Person	793,0481
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,61	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,61

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,64	Fälle je VK/Person	788,829834
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,64	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,64

### **B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
4	PQ18 - Pflege in der Endoskopie <i>Fachweiterbildung</i>
5	PQ20 - Praxisanleitung
6	PQ12 - Notfallpflege
7	PQ22 - Intermediate Care Pflege
8	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

### **B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

#	Zusatzqualifikation
1	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	ZP05 - Entlassungsmanagement
3	ZP06 - Ernährungsmanagement
4	ZP08 - Kinästhetik
5	ZP24 - Deeskalationstraining
6	ZP16 - Wundmanagement
7	ZP03 - Diabetes
8	ZP18 - Dekubitusmanagement

## B-[0200] Geriatrische Innere Medizin und Rheumatologie

### B-[0200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Geriatrische Innere Medizin und Rheumatologie

#### B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 - Geriatrie
2	0260 - Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

#### B-[0200].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Innere Medizin / Rheumatologie, Klinische Geriatrie, Physikalische Therapie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Klek
Telefon	0661 15 1102
Fax	0661 15 1103
E-Mail	sekretariat.geriatrie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt Innere Medizin, fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie (Chefarzt Geriatrie ab 01.11.2024)
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Steffen Schlee
Telefon	0661 15 1102

Fax	0661 15 1103
E-Mail	sekretariat.geriatrie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstraße
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

## B-[0200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[0200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
2	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren) <i>Osteodensitometrie, nur DXA-Messung</i>
3	VX00 - („Sonstiges“) <i>Ausgewiesener Schwerpunkt für Geriatrie und Rheumatologie (bis 30.08.2024)</i>
4	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
5	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
6	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
7	VI38 - Palliativmedizin
8	VI39 - Physikalische Therapie
9	VI40 - Schmerztherapie
10	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
11	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen

#	Medizinische Leistungsangebote
12	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
13	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
14	VI44 - Geriatrische Tagesklinik
15	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
16	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
17	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
18	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
19	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
20	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
21	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
22	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
23	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
24	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
25	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
26	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
27	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
28	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
29	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
30	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
31	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
32	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
33	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
34	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
35	VC00 - („Sonstiges“) Gelenksonographie

#	Medizinische Leistungsangebote
36	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
37	VR00 - („Sonstiges“) Gelenkpunktionen
38	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
39	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

## B-[0200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1529
Teilstationäre Fallzahl	251

## B-[0200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	197
2	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	130
3	R26.3	Immobilität	123
4	E86	Volumenmangel	57
5	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	38
6	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	31
7	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	30
8	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	29
9	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	28
10	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	28
11	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	20
12	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	20



## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
13	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	17
14	I35.0	Aortenklappenstenose	17
15	I21.48	Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt	17
16	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	17
17	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	17
18	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	15
19	S32.5	Fraktur des Os pubis	14
20	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	14
21	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	14
22	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	13
23	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	12
24	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	12
25	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	12
26	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	11
27	S70.0	Prellung der Hüfte	11
28	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	10
29	R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	10
30	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	10

## B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	321
2	I50	Herzinsuffizienz	142
3	S72	Fraktur des Femurs	115
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	61
5	E86	Volumenmangel	57
6	I63	Hirninfarkt	49
7	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	41
8	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	38
9	I70	Atherosklerose	35
10	M54	Rückenschmerzen	32
11	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	28
12	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	28
13	I21	Akuter Myokardinfarkt	25
14	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	24
15	M48	Sonstige Spondylopathien	23
16	S06	Intrakranielle Verletzung	23
17	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	23
18	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	22
19	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	21
20	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	20
21	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	20
22	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	18
23	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	17
24	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	16
25	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	15

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	15
27	S12	Fraktur im Bereich des Halses	14
28	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	13
29	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	13
30	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	12

### B-[0200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	1192
2	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	181
3	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	148
4	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	121
5	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	73
6	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	60
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	44
8	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	41
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	39
10	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	29

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	8-98a.0	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Basisbehandlung	17
12	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	16
13	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	16
14	8-158.h	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Kniegelenk	16
15	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	16
16	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	11
17	8-98g.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage	8
18	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	7
19	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	6
20	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	6
21	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	5
22	8-987.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	< 4
23	8-98a.10	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	< 4

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
24	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	< 4
25	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
26	8-98g.14	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage	< 4
27	8-822	LDL-Apherese	< 4
28	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	< 4
29	5-839.90	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper	< 4
30	3-702.0	Szintigraphie anderer endokriner Organe: Nebenschilddrüse	< 4

### B-[0200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	1433
2	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	148
3	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	141
4	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	121
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	47
6	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	39
7	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	29
8	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	20
9	8-158	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes	18

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	16
11	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	16
12	8-020	Therapeutische Injektion	11
13	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	7
14	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	6
15	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	6
16	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	5
17	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	5
18	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
19	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	< 4
20	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	< 4
21	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	< 4
22	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	< 4
23	8-132	Manipulationen an der Harnblase	< 4
24	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	< 4
25	8-822	LDL-Apherese	< 4
26	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	< 4
27	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	< 4
28	3-702	Szintigraphie anderer endokriner Organe	< 4
29	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	< 4
30	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4

### B-[0200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

## B-[0200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

## B-[0200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[0200].11 Personelle Ausstattung

## B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

## Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		11,95	Fälle je VK/Person	127,949791
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,95

**– davon Fachärztinnen und Fachärzte**

Gesamt		5,06	Fälle je VK/Person	302,772278
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,01	Stationär	5,05

### B-[0200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ31 - Innere Medizin und Rheumatologie

#	Facharztbezeichnungen
2	AQ42 - Neurologie
3	AQ63 - Allgemeinmedizin
4	AQ23 - Innere Medizin

### B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF72 - Physikalische Therapie

### B-[0200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	19,02	Fälle je VK/Person	80,38906
Beschäftigungsverhältnis	Mit 18,02	Ohne	1
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	19,02

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	1,34	Fälle je VK/Person	1141,0448
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,34

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	32,23	Fälle je VK/Person	48,02136
Beschäftigungsverhältnis	Mit 31,84	Ohne	0,39
Versorgungsform	Ambulant 0,39	Stationär	31,84

#### Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)



Gesamt		0,01	Fälle je VK/Person	152900
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,01

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		14,26	Fälle je VK/Person	107,223
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,26

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,15	Fälle je VK/Person	711,1628
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,15

### B-[0200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

### B-[0200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP15 - Stomamanagement
2	ZP06 - Ernährungsmanagement
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP07 - Geriatrie

#	Zusatzqualifikation
5	ZP16 - Wundmanagement
6	ZP08 - Kinästhetik
7	ZP19 - Sturzmanagement
8	ZP09 - Kontinenzmanagement
9	ZP18 - Dekubitusmanagement
10	ZP03 - Diabetes
11	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
12	ZP05 - Entlassungsmanagement
13	ZP01 - Basale Stimulation
14	ZP02 - Bobath
15	ZP20 - Palliative Care
16	ZP25 - Gerontopsychiatrie
17	ZP35 - Aromapflege
18	ZP34 - Pflegeexpertin und Pflegeexperte Demenz

## B-[3700] Alterstraumatologie

### B-[3700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Alterstraumatologie

#### B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

#### B-[3700].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Innere Medizin/ Rheumatologie, klinische Geriatrie, Physikalische Therapie
Titel, Vorname, Name	Dr. med Martin Klek
Telefon	0661 15 1102
Fax	0661 15 1103
E-Mail	sekretariat.geriatrie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Orthopädische Chirurgie, Physikalische Therapie und Chirotherapie
Titel, Vorname, Name	Chefarzt Steffen Hinz
Telefon	0661 15 2324

Fax	0661 15 2322
E-Mail	Sekretariat.unfallchirurgie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt Innere Medizin, fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie (Chefarzt Geriatrie ab 01.11.2024)
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Steffen Schlee
Telefon	0661 15 1102
Fax	0661 15 1103
E-Mail	sekretariat.geriatrie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstraße
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

## B-[3700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[3700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VO14 - Endoprothetik</p> <p><i>Als zertifiziertes Endoprothesen - Zentrum sind wir spezialisiert auf die minimalinvasive Implantation von Standard- Hüftgelenksprothesen nach SuperPath. Der endoprothetische Ersatz des Kniegelenkes, des Schultergelenkes und des Ellenbogens werden regelhaft durchgeführt.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
2	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen <i>Nur bei periprothetischer Fraktur mit Wechsel -OPs- wird das eingebrachte Osteosynthesematerial (Platten, Drähte, Nägel) an Gelenken und Extremitäten entfernt.</i>
4	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
5	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
6	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
7	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax <i>Versorgung von einzelnen und Rippenserienbrüchen mit Pneumo- oder Hämatothorax. Anlage von Drainagesystemen und Spülungen unter notwendiger Überwachung</i>
8	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
9	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes <i>Arthroskopische Versorgung von Sehnen- und Bandverletzungen. Impingement-Syndromen und Zerreißung des Schultergelenkes. Versorgung von einfachen und komplizierten Brüchen des Schlüsselbeins, Schultergelenkes und Oberarmes mit modernen winkelstabilen Platten und Spezialnagelungen.</i>
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
10	<i>Arthroskopische und offene Verfahren bei einfachen und kompliziertesten Knochenbrüchen des Ellenbogens mit winkelstabilen Spezialsystemen bis hin zum Teil- und Vollersatz (Prothese) des Gelenkes.</i>
11	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand <i>Offene und geschlossene Knochenbrüche der Hand und des Handgelenkes werden mit speziellen winkelstabilen Plattensystemen behandelt. Replantationen werden nicht durchgeführt.</i>
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
12	<i>Operative Versorgung von einfachen und komplizierten Oberschenkelbrüchen (auch bei einliegenden Hüft- und Knie- Prothesen). Minimalinvasive Versorgung von Schenkelhalsbrüchen mit Endoprothesen in einer speziellen Technik von vorne (AMIS).</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
13	<p>VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels</p> <p><i>Innere Verletzungen des Kniegelenkes werden vornehmlich arthroskopisch versorgt (Meniskus/Kreuzbänder/Knorpel- Knochen-Zylinder-Transplantation/Patellaluxation,...). Offene und geschlossene Knochenbrüche werden mit speziellen Platten- und Nagelsystemen auch minimalinvasiv behandelt.</i></p>
14	<p>VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes</p> <p><i>Operative Versorgung von einfachen und komplizierten Brüchen des Sprunggelenkes, der Ferse und Fußes mit winkelstabilen Plattensystemen. Rekonstruktion von Sehnen.</i></p>
15	<p>VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen</p> <p><i>Als lokales Trauma Zentrum des deutschen Trauma Netzwerkes werden alle Verletzungen primär diagnostiziert und können größtenteils selbst versorgt werden. Zur Diagnostik stehen Computertomogramm, Durchleuchtung, Ultraschall und zeitnah ein MRT zur Verfügung.</i></p>
16	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
17	<p>VC65 - Wirbelsäulenchirurgie</p> <p><i>Versorgung traumatischer BWS- und LWS-Verletzung mittels dorsaler Stabilisierung, minimalinvasive kyphoplastische Versorgung osteoporotischer und metastatischer Wirbelkörpersinterungen. Bandscheiben- und Stabilisierungseingriffe erfolgen durch die angeschlossene Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie</i></p>
18	<p>VC71 - Notfallmedizin</p> <p><i>Die Abteilung ist als lokaler Trauma Versorger in das Trauma Netzwerk Deutschland eingebunden und steht mit Nachbarkrankenhäusern und den Rettungsdiensten in steter Verbindung. Auch bestehen Kompetenzen im Notarztdienst.</i></p>
19	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
20	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
21	<p>VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten</p> <p><i>Versorgung traumatischer BWS- und LWS-Verletzung mittels dorsaler Stabilisierung, minimalinvasive kyphoplastische Versorgung osteoporotischer und metastatischer Wirbelkörpersinterungen. Bandscheiben- und Stabilisierungseingriffe erfolgen durch die angeschlossene Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie.</i></p>
22	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
23	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

#	Medizinische Leistungsangebote
24	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
25	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
26	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
27	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
28	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
29	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
30	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
31	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
32	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
33	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
34	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
35	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
36	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
37	VI39 - Physikalische Therapie
38	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
39	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
40	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
41	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
42	<i>Versorgung traumatischer BWS- und LWS-Verletzung mittels dorsaler Stabilisierung, minimalinvasive kyphoplastische Versorgung osteoporotischer und metastatischer Wirbelkörpersinterungen. Bandscheiben- und Stabilisierungseingriffe erfolgen durch die angeschlossene Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie.</i>
43	VO16 - Handchirurgie
	Frakturen

#	Medizinische Leistungsangebote
	VO21 - Traumatologie
44	<i>Versorgung von offenen und geschlossenen Knochenbrüchen der Extremitäten und Gelenke mit modernen Verfahren, Versorgung von Wirbelsäulen und Beckenbrüchen sowie die Versorgung von Weichteilverletzungen. Teilnahme am Trauma Netzwerk Deutschland für Schwerverletzte als lokales Trauma Zentrum.</i>
45	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
46	VR00 - („Sonstiges“): Gelenkpunktionen
47	VR02 - Native Sonographie <i>Im Rahmen der Gelenk-Diagnostik (Schulter/Hüfte/ Knie/Sprunggelenk) wird die Sonographie verwendet. Besonders in der Schwerverletztendiagnostik sind Ultraschalluntersuchungen des Bauchraumes etabliert.</i>
48	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
49	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
50	VX00 - („Sonstiges“): Gelenksonographie

## B-[3700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	367
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[3700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	65
2	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	62
3	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	26
4	S32.5	Fraktur des Os pubis	15
5	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	13
6	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	11
7	S32.7	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens	9



# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
8	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	9
9	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	9
10	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	8
11	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	7
12	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	6
13	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	6
14	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	6
15	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	5
16	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	5
17	S32.4	Fraktur des Acetabulums	4
18	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	4
19	S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	4
20	S72.43	Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär	4
21	S22.32	Fraktur einer sonstigen Rippe	4
22	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	4
23	S22.42	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen	4
24	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	< 4
25	S82.81	Bimalleolarfraktur	< 4
26	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	< 4
27	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	< 4
28	S32.1	Fraktur des Os sacrum	< 4
29	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon	< 4
30	S42.41	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Suprakondylär	< 4

## B-[3700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	171
2	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	53
3	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	47
4	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	32
5	S52	Fraktur des Unterarmes	22
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	19
7	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	< 4
8	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	< 4
9	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	< 4
10	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	< 4
11	S12	Fraktur im Bereich des Halses	< 4
12	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	< 4
13	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	< 4
14	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	< 4
15	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	< 4
16	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	< 4
17	M54	Rückenschmerzen	< 4
18	I50	Herzinsuffizienz	< 4
19	E86	Volumenmangel	< 4
20	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
21	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	< 4
22	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	< 4

## B-[3700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	1057
2	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	261
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	100
4	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	73
5	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	43
6	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	42
7	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	37
8	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	37
9	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	19
10	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	14
11	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	14
12	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	8
13	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	7

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	4
15	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	4
16	8-701	Einfache endotracheale Intubation	4
17	8-144.1	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, dauerhaftes Verweilsystem	< 4
18	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	< 4
19	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	< 4
20	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
21	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	< 4
22	8-125.2	Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungssonde: Über eine liegende PEG-Sonde, endoskopisch	< 4
23	6-00a.c	Applikation von Medikamenten, Liste 10: Niraparib, oral	< 4
24	8-192.2f	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Unterschenkel	< 4
25	8-812.50	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 500 IE bis unter 1.500 IE	< 4
26	8-987.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage	< 4
27	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	< 4

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
28	8-125.0	Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungssonde: Transnasal, n.n.bez.	< 4
29	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	< 4
30	8-803.1	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Normovolämische Hämodilution im Rahmen einer Operation	< 4

### B-[3700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	1057
2	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	322
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	100
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	76
5	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	43
6	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	37
7	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	37
8	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	22
9	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	14
10	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	8
11	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	7
12	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	4
13	8-701	Einfache endotracheale Intubation	4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
14	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	< 4
15	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
16	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	< 4
17	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	< 4
18	8-125	Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungssonde	< 4
19	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	< 4
20	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	< 4
21	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
22	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
23	8-132	Manipulationen an der Harnblase	< 4
24	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	< 4
25	8-158	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes	< 4
26	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	< 4
27	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4

## B-[3700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Ja

Stationäre BG-Zulassung

Ja

## B-[3700].11 Personelle Ausstattung

## B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		3	Fälle je VK/Person	122,333328
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	183,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

### B-[3700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ23 - Innere Medizin
3	AQ31 - Innere Medizin und Rheumatologie <i>bis zum 30.08.2025</i>
4	AQ42 - Neurologie

### B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
3	ZF72 - Physikalische Therapie

## B-[3700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		9,62	Fälle je VK/Person	38,14969
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,62

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,91	Fälle je VK/Person	403,2967
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,91

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,66	Fälle je VK/Person	55,10511
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,66

### Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,01	Fälle je VK/Person	36700
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,01

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		3,46	Fälle je VK/Person	106,069359
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,46

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,04	Fälle je VK/Person	9175
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,04	Ohne	0



Versorgungsform

Ambulant 0

Stationär 0,04

### **B-[3700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ01 - Bachelor
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung

### **B-[3700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

#	Zusatzqualifikation
1	ZP01 - Basale Stimulation
2	ZP02 - Bobath
3	ZP03 - Diabetes
4	ZP05 - Entlassungsmanagement
5	ZP06 - Ernährungsmanagement
6	ZP07 - Geriatrie
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP09 - Kontinenzmanagement
9	ZP14 - Schmerzmanagement
10	ZP15 - Stomamanagement
11	ZP16 - Wundmanagement
12	ZP18 - Dekubitusmanagement
13	ZP19 - Sturzmanagement
14	ZP20 - Palliative Care
15	ZP22 - Atmungstherapie
16	ZP25 - Gerontopsychiatrie
17	ZP35 - Aromapflege

#	Zusatzqualifikation
---	---------------------

18    ZP34 - Pflegeexpertin und Pflegeexperte Demenz

## B-[1516] Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

### B-[1516].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Gemischte Haupt- und Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

#### B-[1516].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1516 - Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
2	2316 - Orthopädie und Unfallchirurgie

#### B-[1516].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Orthopädische Chirurgie, Physikalische Therapie und Chirotherapie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Steffen Hinz
Telefon	0661 15 2324
Fax	0661 15 2322
E-Mail	Sekretariat.unfallchirurgie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chirurgie/Unfallchirurgie, Sportmedizin
Titel, Vorname, Name	David Hinder

Telefon	0661 2506430
E-Mail	info@praxisklinik-hinder.de
Strasse	Gerloser Weg
Hausnummer	23a
PLZ	36039
Ort	Fulda

## B-[1516].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[1516].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VO14 - Endoprothetik</p> <p><i>Wir sind als Endoprothetik Zentrum zertifiziert. Eine Spezialität ist die minimalinvasive Implantation von Standard-Hüftgelenksprothesen nach SuperPath. Der endoprothetische Ersatz des Kniegelenkes, des Schultergelenkes und des Ellenbogens werden regelhaft durchgeführt.</i></p>
2	<p>VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie</p> <p><i>Diagnostik und spezielle Therapie (konservativ und operativ) von Sportverletzungen der Schulter und Kniegelenkes. Leistungsdiagnostik und Betreuung von Sportvereinen und Sportveranstaltungen in Kooperation mit niedergelassenen Praxen.</i></p>
3	<p>VC69 - Verbrennungschirurgie</p> <p><i>Versorgung nicht lebensbedrohlicher Verbrennungen und Verbrühungen der Extremitäten und des Rumpfes.</i></p>
4	<p>VC71 - Notfallmedizin</p> <p><i>Die Abteilung ist als lokaler Traumaversorger in das Traumanetzwerk Deutschland eingebunden und steht mit Nachbarkrankenhäusern und den Rettungsdiensten in steter Verbindung. Auch bestehen Kompetenzen im Notarztdienst.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
5	<p>VC65 - Wirbelsäulen Chirurgie</p> <p><i>Versorgung traumatischer BWS- und LWS-Verletzung mittels dorsaler Stabilisierung, minimalinvasive kyphoplastische Versorgung osteoporotischer und metastatischer Wirbelkörperfrakturen. Bandscheiben- und Stabilisierungseingriffe erfolgen durch die angeschlossene Abteilung für Wirbelsäulen Chirurgie</i></p>
6	<p>VC66 - Arthroskopische Operationen</p> <p><i>Schwerpunkte sind die Spiegelung des Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenkes. (Rotatorenmanschettenrekonstruktion, Kreuzbandersatz, Knochen-Knorpel-Zylinder-Transplantation, Einengungssyndrome der Schulter, Hüfte und Sprunggelenk)</i></p>
7	<p>VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe</p> <p><i>Kleiner Hautdefekte werden durch lokale Lappen oder Mesh-graft-Transplantate gedeckt. Auch ist die Vakuumtechnik etabliert.</i></p>
8	<p>VC58 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Sprechstunde für Unfallverletzte (KV-Ermächtigung für 3 Monate nach stationärer Versorgung) Sprechstunde für Arbeitsunfälle Sprechstunde für Berufstätige</i></p>
9	<p>VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens</p> <p><i>Versorgung traumatischer BWS- und LWS-Verletzung mittels dorsaler Stabilisierung, minimalinvasive kyphoplastische Versorgung osteoporotischer und metastatischer Wirbelkörperfrakturen. Bandscheiben- und Stabilisierungseingriffe erfolgen durch die angeschlossene Abteilung für Wirbelsäulen Chirurgie.</i></p>
10	<p>VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen</p> <p><i>Arthroskopische Sehnenrekonstruktionen der Schulter und Gelenkschleimhautentfernungen im Schulter-, Knie- und Sprunggelenk</i></p>
11	<p>VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien</p> <p><i>Arthroskopische und offene Knorpelersatzverfahren des Knie- und Hüftgelenkes (Knorpel-Knochen-Zylinder-Transplantation). Teilgelenkersatz (Schulter/Knie)</i></p>
12	<p>VO17 - Rheumachirurgie</p> <p><i>Endoprothetische Verfahren für Schulter-, Hüft- und Kniegelenke</i></p>
13	<p>VO13 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Sprechstunde für arthroskopische Eingriffe (Schulter-, Hüft-, Kniegelenk), Sprechstunde für Gelenkersatz (Schulter, Hüfte minimalinvasiv, Knie), Sprechstunde für Hand- und Fußeingriffe, Sportsprechstunde, Sprechstunde für Berufstätige (abends), Sprechstunde für Arbeitsunfälle</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VR02 - Native Sonographie
14	<i>Im Rahmen der Gelenk-Diagnostik (Schulter/Hüfte/ Knie/Sprunggelenk) wird die Sonographie verwendet. Besonders in der Schwerverletzendiagnostik sind Ultraschalluntersuchungen des Bauchraumes etabliert.</i>
	VO15 - Fußchirurgie
15	<i>Vorfußkorrektur-Operationen (Hallux valgus, Krallenzehen, Umstellungen) und spezielle Therapieformen des diabetischen Fußsyndroms</i>
	VO21 - Traumatologie
16	<i>Versorgung von offenen und geschlossenen Knochenbrüchen der Extremitäten und Gelenke mit modernen Verfahren. Versorgung von Wirbelsäulen und Beckenbrüchen. Versorgung von Weichteilverletzungen. Teilnahme am Traumanetzwerk Deutschland für Schwerverletzte als lokales Traumazentrum.</i>
	VK32 - Kindertraumatologie
17	<i>Kinder ab 5 Jahren können auch operativ behandelt werden. Hierzu gehören Knochenbrüche des Ober- und Unterarmes, des Oberschenkel und Unterschenkels. Es werden moderne minimalinvasive Systeme (Nägel-Drähte) möglich angewandt.</i>
	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
18	<i>Bildgebende Diagnostik mittels Röntgen/CT/MRT/Sonographie; arthroskopische (Spiegelung) und offene Gelenkrevisionen der Schulter, Ellenbogen, Hüfte, Knie und Sprunggelenk; prothetischer Ersatz der Schulter, Ellenbogen, Hüfte und Kniegelenk</i>
	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
19	<i>Plastische Hautdeckungen nach Verletzungen an Rumpf und Extremitäten</i>
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
20	<i>Als lokales Traumazentrum des deutschen Traumanetzwerkes werden alle Verletzungen primär diagnostiziert und können größtenteils selbst versorgt werden. Zur Diagnostik stehen Computertomogramm, Durchleuchtung, Ultraschall und zeitnah ein MRT zur Verfügung.</i>
	VC63 - Amputationschirurgie
21	<i>im Rahmen der Kooperation mit der internistischen Abteilung des Hauses und der Kooperation mit niedergelassenen Kollegen zur Behandlung des diab. Fußsyndroms</i>
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
22	<i>Rotatorenmanschettennaht der Schulter, Kreuzbandersatz und Kniescheibenfesselung, Bandplastiken des Sprunggelenkes bei Instabilität</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
23	<p>VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes</p> <p><i>Operative Versorgung von einfachen und komplizierten Brüchen des Sprunggelenkes, der Ferse und Fußes mit winkelstabilen Plattensystemen. Rekonstruktion von Sehnen.</i></p>
24	<p>VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes</p> <p><i>Arthroskopische Versorgung von Sehnen- und Bandverletzungen. Impingementsyndromen und Zerreißung des Schulterreckgelenkes. Versorgung von einfachen und komplizierten Brüchen des Schlüsselbeins, Schultergelenkes und Oberarmes mit modernen winkelstabilen Platten und Spezialnagelungen.</i></p>
25	<p>VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels</p> <p><i>Innere Verletzungen des Kniegelenkes werden vornehmlich arthroskopisch versorgt (Meniskus/Kreuzbänder/Knorpel-Knochen-Zylinder-Transplantation/Patellaluxation,...). Offene und geschlossene Knochenbrüche werden mit speziellen Platten- und Nagelsystemen auch minimalinvasiv behandelt.</i></p>
26	<p>VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax</p> <p><i>Versorgung von einzelnen und Rippenserienbrüchen mit Pneumo- oder Hämatothorax. Anlage von Drainagesystemen und Spülungen unter notwendiger intensivmedizinische Überwachung.</i></p>
27	<p>VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes</p> <p><i>Arthroskopische und offene Verfahren bei einfachen und kompliziertesten Knochenbrüchen des Ellenbogens mit winkelstabilen Spezialsystemen bis hin zum Teil- und Vollersatz (Prothese) des Gelenkes.</i></p>
28	<p>VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand</p> <p><i>Es werden offene und geschlossene Knochenbrüche der Hand und des Handgelenkes mit speziellen winkelstabilen Plattensystemen behandelt. Replantationen werden nicht durchgeführt.</i></p>
29	<p>VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen</p> <p><i>Entfernung eingebrachter Osteosynthesematerialien (Platten, Drähte, Nägel) an Gelenken und Extremitäten. Entfernung von eingebrachten Fremdkörpern bei Verletzungen.</i></p>
30	<p>VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik</p> <p><i>Minimalinvasive Hüftendoprothetik (Arthrose und Schenkelhalsfraktur) nach SuperPath. Schulterendoprothetik (Kappe, Vollprothese, inverse Prothese bei Arthrose und Fraktur), Knieendoprothetik (Voll- und Schlittenprothese), Ersatz des Ellenbogengelenkes bei Frakturen</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
31	VO16 - Handchirurgie <i>Knochenbrüche, Strecksehnenverletzungen, Ganglion, schnellender Finger, M. Dupuytren, Karpaltunnelsyndrom, Rhizarthrose</i>
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
32	<i>Operative Versorgung von einfachen und komplizierten Oberschenkelbrüchen (auch bei einliegenden Hüft und Knie-Prothesen). Minimalinvasive Versorgung von Schenkelhalsbrüchen mit Endoprothesen in einer speziellen Technik von vorne (AMIS).</i>
33	VD20 - Wundheilungsstörungen <i>Allgemein</i>
34	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
35	VC30 - Septische Knochenchirurgie
36	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
37	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
38	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses

## B-[1516].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1296
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[1516].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	164
2	S06.0	Gehirnerschütterung	155
3	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	126
4	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	40
5	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	28
6	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	26



## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	24
8	M25.85	Sonstige näher bezeichnete Gelenkkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	24
9	S82.81	Bimalleolarfraktur	22
10	M24.15	Sonstige Gelenkknorpelschädigungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	19
11	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	17
12	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	15
13	S70.0	Prellung der Hüfte	14
14	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	13
15	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	12
16	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	12
17	M54.4	Lumboischialgie	12
18	S20.2	Prellung des Thorax	11
19	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	10
20	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	10
21	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	9
22	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	9
23	M70.2	Bursitis olecrani	9
24	S80.0	Prellung des Knies	8
25	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	8
26	S43.01	Luxation des Humerus nach vorne	8
27	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	8
28	S52.11	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf	7
29	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	7
30	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	7

### B-[1516].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	187
2	S06	Intrakranielle Verletzung	156
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	134
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	89
5	S52	Fraktur des Unterarmes	84
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	60
7	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	37
8	S72	Fraktur des Femurs	32
9	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	31
10	M54	Rückenschmerzen	27
11	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	26
12	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	26
13	M75	Schulterläsionen	24
14	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	22
15	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	22
16	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	22
17	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	20
18	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	20
19	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	20
20	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	19
21	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	18

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	13
23	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	12
24	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	12
25	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	11
26	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	9
27	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
28	L03	Phlegmone	9
29	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	8
30	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	8

### B-[1516].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	118
2	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	107
3	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	102
4	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	92
5	5-800.4h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk	69
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	67
7	5-800.4g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Hüftgelenk	64

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
8	5-816.1	Arthroskopische Operationen am Labrum acetabulare: Glättung und (Teil-)Resektion	60
9	5-782.be	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Schenkelhals	55
10	5-824.21	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers	46
11	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	46
12	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	43
13	5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert	40
14	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	37
15	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	36
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	34
17	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	34
18	5-811.2g	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Hüftgelenk	33
19	5-855.58	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, eine Sehne: Oberschenkel und Knie	32
20	5-793.3r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	31
21	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	29
22	5-810.2g	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Hüftgelenk	27

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	27
24	5-782.bd	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Becken	27
25	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, antegrad	26
26	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	23
27	5-804.5	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Teilresektion der Patella	23
28	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	23
29	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	23
30	5-859.18	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberschenkel und Knie	21

### B-[1516].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	297
2	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	199
3	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	191
4	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	144
5	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	128
6	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	121
7	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	114

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
8	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	103
9	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	102
10	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	84
11	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	71
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	67
13	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	64
14	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	60
15	5-816	Arthroskopische Operationen am Labrum acetabulare	60
16	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	59
17	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	56
18	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	55
19	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	53
20	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	51
21	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	43
22	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	41
23	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	37
24	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	37
25	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	37
26	5-916	Temporäre Weichteildeckung	36
27	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	34
28	8-190	Spezielle Verbandstechniken	32

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
29	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	28
30	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	28

## B-[1516].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	<p>KV-Sprechstunde</p> <p><i>Ermächtigung zur ambulanten Weiterbetreuung stationärer GKV-Patienten für 3 Monate nach Entlassung nach Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt für Chirurgie/ oder Unfallchirurgie und Orthopädie</i></p>
2	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	<p>Sprechstunde für Arbeitsunfälle</p> <p><i>Werktägliche Sprechstunde für Arbeitsunfallverletzte im besonderen und allgemeinen Heilverfahren der Berufsgenossenschaften</i></p>
3	AM07 - Privatambulanz	<p>Sprechstunde für Privatpatienten</p> <p><i>Unfallchirurgische und orthopädische Krankheitsbilder, Betreuung in der nachstationäre Phase, Einholung für Zweitmeinungen</i></p>
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<p>Notfallambulanz</p> <p><i>Versorgung sämtlicher unfallchirurgischer und orthopädischer Notfälle (24h) mit Facharztstandard, lokales Traumazentrum des Deutschen Traumanetzwerkes</i></p>
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	<p>Sprechstunde für stationäre Nachbetreuung</p> <p><i>Vor- und nachstationäre Betreuung im Sprechstundenzentrum des Krankenhauses</i></p>

**B-[1516].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Notfallambulanz	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
2	Notfallambulanz	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
3	Notfallambulanz	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
4	Notfallambulanz	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
5	Notfallambulanz	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
6	Notfallambulanz	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
7	Notfallambulanz	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
8	Notfallambulanz	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
9	Notfallambulanz	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
10	Notfallambulanz	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
11	Notfallambulanz	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
12	Notfallambulanz	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
13	Notfallambulanz	VO14 - Endoprothetik
14	Notfallambulanz	VO15 - Fußchirurgie
15	Notfallambulanz	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
16	Notfallambulanz	VO21 - Traumatologie
17	Notfallambulanz	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
18	Notfallambulanz	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
19	Notfallambulanz	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
20	Notfallambulanz	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen



#	Ambulanz	Leistung
21	Sprechstunde für Arbeitsunfälle	VI00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie im Bereich Unfallchirurgie und Orthopädie des gesamten Bewegungsapparates

### B-[1516].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	59
2	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	28
3	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	26
4	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	13
5	5-795.kb	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	10
6	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	10
7	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	8
8	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	8
9	5-787.36	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal	7
10	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	7
11	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	6
12	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	6
13	5-790.1c	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	5
14	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	5

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
15	5-787.0u	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Tarsale	5
16	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	4
17	5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiuschaft	4
18	5-810.0h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	4
19	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	4
20	5-787.kk	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tibia proximal	< 4
21	5-795.k0	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	< 4
22	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 4
23	5-787.2j	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Patella	< 4
24	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	< 4
25	5-787.1u	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tarsale	< 4
26	5-787.kb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Metakarpale	< 4
27	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	< 4
28	5-787.3b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Metakarpale	< 4
29	5-787.k7	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Ulna proximal	< 4
30	5-787.kn	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tibia distal	< 4

**B-[1516].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	198
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	42
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	19
4	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	19
5	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	10
6	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	8
7	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	6
8	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	5
9	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
10	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
11	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
12	5-808	Offen chirurgische Arthrodeese	< 4
13	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
14	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4
15	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	< 4
16	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
17	5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	< 4
18	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	< 4
19	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
20	5-809	Andere Gelenkoperationen	< 4

## B-[1516].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung	Ja

## B-[1516].11 Personelle Ausstattung

### B-[1516].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,37	Fälle je VK/Person	178,758621
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6,74	Ohne	0,63
Versorgungsform	Ambulant 0,12	Stationär	7,25

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,47	Fälle je VK/Person	385,7143
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2,81	Ohne	0,66
Versorgungsform	Ambulant 0,11	Stationär	3,36

### Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	648
--------	---	--------------------	-----

### B-[1516].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

### B-[1516].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF72 - Physikalische Therapie
2	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
3	ZF44 - Sportmedizin

### B-[1516].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		14,53	Fälle je VK/Person	89,81289
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,1	Stationär	14,43

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,79	Fälle je VK/Person	724,022339
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,79

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,21	Fälle je VK/Person	6171,42871
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,21

#### Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,54	Fälle je VK/Person	2400
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,54

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,23	Fälle je VK/Person	5634,78271
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,23

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,38	Fälle je VK/Person	3410,52637
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,38

### B-[1516].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
6	PQ12 - Notfallpflege
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

### B-[1516].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP14 - Schmerzmanagement
2	ZP15 - Stomamanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP19 - Sturzmanagement
5	ZP05 - Entlassungsmanagement

#	Zusatzqualifikation
6	ZP06 - Ernährungsmanagement
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
9	ZP01 - Basale Stimulation
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP09 - Kontinenzmanagement
12	ZP18 - Dekubitusmanagement

**B-[1516].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen  
Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[1500] Allgemein- und Viszeralchirurgie, Minimal Invasive Chirurgie

### B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemein- und Viszeralchirurgie, Minimal Invasive Chirurgie

#### B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

#### B-[1500].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie und Minimal-invasiver Chirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christian Berkhoff
Telefon	0661 15 2321
Fax	0661 15 2322
E-Mail	sekretariat.viszeralchirurgie@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda



## B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
2	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen <i>Bauchwandbrüche, Magen-Darm-Operationen, Refluxchirurgie</i>
3	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie <i>auch minimalinvasive Chirurgie ( entzündliche Erkrankungen; Tumorerkrankungen sowie Morbus Crohn)</i>
4	VC00 - („Sonstiges“) <i>Proktologie</i>
5	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>Lebertumor, Gallensteinerkrankungen</i>
6	VC62 - Portimplantation
7	VC24 - Tumorchirurgie <i>Magenkarzinom, Kolorektalkarzinom</i>
8	VC60 - Adipositaschirurgie <i>minimalinvasive Verfahren (Magenschlauchbildung; Magenbypass)</i>
9	VC58 - Spezialsprechstunde <i>Kolon- und Rektumchirurgie Proktologie Tumorchirurgie Hernienchirurgie Endokrine Chirurgie (Nebenschilddrüse- sowie Schilddrüsenerkrankungen) Adipositaschirurgie</i>
10	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VC21 - Endokrine Chirurgie <i>auch minimalinvasive Verfahren (Nebenschilddrüse- sowie Schilddrüsenerkrankungen)</i>
12	VC00 - („Sonstiges“) <i>Chirurgie der Refluxkrankheiten</i>
13	VC00 - („Sonstiges“) <i>- Leistenbrüche (minimalinvasiv oder offen) - Narbenbrüche (minimalinvasiv oder offen) - Nabelhernien - Zwerchfellbrüche</i>
14	VC00 - („Sonstiges“) <i>Chirurgische Onkologie</i>
15	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

## B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1334
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	124
2	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	81
3	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	55
4	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	46
5	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	46
6	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	41

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
7	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	32
8	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	31
9	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	31
10	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	30
11	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	30
12	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	29
13	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	27
14	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	26
15	K61.0	Analabszess	20
16	K29.6	Sonstige Gastritis	19
17	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	18
18	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	18
19	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	17
20	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	15
21	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	15
22	K80.41	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	15
23	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	15
24	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	15
25	L72.1	Trichilemmalzyste	13
26	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	12
27	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	12
28	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	12
29	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	11

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
30	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	11

### B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	216
2	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	103
3	K40	Hernia inguinalis	93
4	K57	Divertikulose des Darmes	88
5	K43	Hernia ventralis	76
6	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	74
7	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	64
8	K35	Akute Appendizitis	63
9	E04	Sonstige nichttoxische Struma	51
10	K44	Hernia diaphragmatica	34
11	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	30
12	K29	Gastritis und Duodenitis	29
13	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	22
14	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	22
15	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	21
16	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	15
17	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	14
18	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	14
19	K42	Hernia umbilicalis	13
20	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	13
21	E66	Adipositas	13
22	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	11
23	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	10

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	N20	Nieren- und Ureterstein	9
25	C16	Bösartige Neubildung des Magens	9
26	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	9
27	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
28	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	8
29	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	8
30	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	7

### B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	352
2	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	204
3	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	79
4	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	76
5	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	59
6	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	53
7	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	53
8	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	45
9	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	38

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
10	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	35
11	5-536.47	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	34
12	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	34
13	5-469.00	Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch	28
14	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	26
15	5-455.41	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	26
16	5-406.9	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Mesenterial	23
17	5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	21
18	5-455.75	Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	20
19	5-493.20	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment	17
20	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	17
21	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	15
22	5-448.52	Andere Rekonstruktion am Magen: Hemifundoplikatio: Laparoskopisch	15
23	5-894.0d	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Gesäß	15
24	5-530.72	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	14
25	5-454.20	Resektion des Dünndarmes: Segmentresektion des Ileums: Offen chirurgisch	14

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	5-434.51	Atypische partielle Magenresektion: Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resection]: Laparoskopisch	13
27	5-538.1	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	13
28	5-894.0a	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Brustwand und Rücken	13
29	5-448.42	Andere Rekonstruktion am Magen: Fundoplikatio: Laparoskopisch	12
30	5-491.2	Operative Behandlung von Analfisteln: Fadendrainage	11

### B-[1500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	416
2	5-511	Cholezystektomie	208
3	5-469	Andere Operationen am Darm	179
4	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	128
5	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	85
6	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	81
7	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	71
8	5-470	Appendektomie	71
9	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	67
10	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	45
11	5-061	Hemithyreoidektomie	35
12	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	31
13	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	30
14	5-454	Resektion des Dünndarmes	28
15	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	28

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	5-406	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation	23
17	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	22
18	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	21
19	5-538	Verschluss einer Hernia diaphragmatica	18
20	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	18
21	5-063	Thyreoidektomie	17
22	5-434	Atypische partielle Magenresektion	15
23	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	15
24	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	15
25	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	13
26	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	11
27	5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	10
28	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	9
29	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	9
30	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	8

## B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	3 Monate postoperativ KV-Ermächtigung



### B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM08	VC60 - Adipositaschirurgie
2	AM08	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
3	AM08	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
4	AM08	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
5	AM08	VC21 - Endokrine Chirurgie
6	AM08	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
7	AM08	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
8	AM08	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
9	AM08	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
10	AM08	VC71 - Notfallmedizin
11	AM08	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
12	AM08	VC58 - Spezialsprechstunde
13	AM08	VC24 - Tumorchirurgie

### B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	12
2	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	9
3	5-493.20	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment	5
4	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	5
5	5-536.10	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenenes oder xenogenes Material	4

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
6	5-530.73	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	4
7	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4
8	5-482.10	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Submuköse Exzision: Peranal	< 4
9	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
10	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	< 4
11	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
12	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	< 4
13	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	< 4
14	5-612.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe: Partielle Resektion	< 4
15	5-491.12	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Transsphinkitär	< 4
16	5-491.0	Operative Behandlung von Analfisteln: Inzision (Spaltung)	< 4
17	5-492.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Destruktion, lokal	< 4
18	5-530.72	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	< 4
19	5-491.11	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Intersphinkitär	< 4
20	1-586.6	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Inguinal	< 4
21	5-852.66	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Bauchregion	< 4
22	5-491.10	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Subkutan	< 4
23	5-852.95	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Brustwand und Rücken	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
24	1-586.0	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Zervikal	< 4
25	5-852.91	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Schulter und Axilla	< 4

### B-[1500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	12
2	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	10
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	7
4	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	5
5	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	5
6	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	4
7	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	4
8	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
9	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4
10	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
11	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
12	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	< 4
13	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
14	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
15	5-612	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe	< 4

### B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

## B-[1500].11 Personelle Ausstattung

### B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	9,51	Fälle je VK/Person	140,421051
Beschäftigungsverhältnis	Mit 9,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,01	Stationär	9,5

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	5,73	Fälle je VK/Person	233,625214
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,02	Stationär	5,71

#### B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie

#### B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie
2	ZF34 - Proktologie
3	ZF52 - Ernährungsmedizin

### B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		23,85	Fälle je VK/Person	56,95986
Beschäftigungsverhältnis	Mit	23,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,43	Stationär	23,42

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,26	Fälle je VK/Person	590,2655
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,26

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,48	Fälle je VK/Person	2779,16675
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,48

### Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,31	Fälle je VK/Person	4303,22559
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,31

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,23	Fälle je VK/Person	5800
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,23

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,14	Fälle je VK/Person	217,263855
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,14	Ohne	0

Versorgungsform

Ambulant 0

Stationär 6,14

### **B-[1500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ12 - Notfallpflege
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

### **B-[1500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

#	Zusatzqualifikation
1	ZP15 - Stomamanagement
2	ZP19 - Sturzmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP06 - Ernährungsmanagement
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP18 - Dekubitusmanagement
7	ZP05 - Entlassungsmanagement
8	ZP20 - Palliative Care
9	ZP14 - Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
10	ZP09 - Kontinenzmanagement
11	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
12	ZP01 - Basale Stimulation

## B-[1700] Wirbelsäulenchirurgie

### B-[1700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Wirbelsäulenchirurgie

#### B-[1700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1700 - Neurochirurgie
2	3755 - Wirbelsäulenchirurgie

#### B-[1700].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Neurochirurgie, Sportmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Michael Eichler
Telefon	0661 15 0
E-Mail	info@herz-jesu-Krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Neurochirurgie,
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Bernd Hölper
Telefon	0661 15 0
E-Mail	info@herz-jesu-Krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse

Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

## B-[1700].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[1700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
2	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
3	VC49 - Chirurgie der Bewegungsstörungen
4	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
5	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

## B-[1700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	353
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[1700].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	182
2	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	111



## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
3	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	21
4	M43.06	Spondylolyse: Lumbalbereich	10
5	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	8
6	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	5
7	M41.56	Sonstige sekundäre Skoliose: Lumbalbereich	< 4
8	M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich	< 4
9	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	< 4
10	M48.04	Spinal(kanal)stenose: Thorakalbereich	< 4
11	M47.22	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikalbereich	< 4
12	M40.06	Kyphose als Haltungsstörung: Lumbalbereich	< 4
13	M48.07	Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich	< 4
14	M47.26	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich	< 4
15	S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	< 4
16	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	< 4
17	R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	< 4
18	S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8	< 4

### B-[1700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Spondylopathien	295
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	21
3	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	12
4	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	8
5	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	6
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	4
7	M41	Skoliose	< 4
8	M47	Spondylose	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
10	M40	Kyphose und Lordose	< 4

## B-[1700].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	342
2	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	294
3	5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen	284
4	5-831.0	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe	214
5	5-903.1a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	202
6	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	187
7	5-835.9	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)	182
8	5-83a.10	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Thermomodulation der Bandscheibe: 1 Segment	145
9	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	144
10	5-836.30	Spondylodese: Dorsal: 1 Segment	138
11	5-830.2	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenerivation	126
12	5-832.0	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Spondylophyt	116
13	5-030.70	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment	109

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
14	5-832.6	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Unkoforaminektomie	109
15	5-032.30	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 1 Segment	107
16	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	96
17	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	88
18	5-83b.30	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 1 Segment	87
19	5-836.50	Spondylodese: Ventral: 1 Segment	85
20	5-83b.50	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 1 Segment	79
21	5-83a.00	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 1 Segment	63
22	5-836.40	Spondylodese: Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal: 1 Segment	48
23	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	29
24	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	28
25	5-839.10	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 1 Segment	26
26	5-836.31	Spondylodese: Dorsal: 2 Segmente	21
27	5-83a.11	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Thermomodulation der Bandscheibe: 2 Segmente	17
28	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	15
29	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	14
30	5-032.11	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 2 Segmente	12

**B-[1700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	467
2	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	412
3	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	373
4	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	348
5	5-984	Mikrochirurgische Technik	342
6	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	330
7	5-836	Spondylodese	307
8	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	233
9	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	218
10	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	202
11	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	126
12	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	120
13	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	28
14	5-986	Minimalinvasive Technik	14
15	5-035	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute	8
16	5-036	Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkhäuten	7
17	5-83w	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule	7
18	5-031	Zugang zur Brustwirbelsäule	5
19	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	< 4
21	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4
22	5-983	Reoperation	< 4
23	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	< 4
24	5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen	< 4
25	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	< 4
26	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
27	5-311	Temporäre Tracheostomie	< 4
28	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	< 4
29	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	< 4
30	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	< 4

## B-[1700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	

### B-[1700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM08	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
2	AM08	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
3	AM08	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie

## B-[1700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[1700].11 Personelle Ausstattung

### B-[1700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	0,6	Fälle je VK/Person	588,3333
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0	Ohne	0,6
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,6

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	0,6	Fälle je VK/Person	588,3333
Beschäftigungsverhältnis	Mit 0	Ohne	0,6
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	0,6

### B-[1700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ41 - Neurochirurgie
2	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

### B-[1700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement

## B-[1700].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,31	Fälle je VK/Person	106,64653
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,31

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,29	Fälle je VK/Person	1217,24146
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,29

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,03	Fälle je VK/Person	11766,667
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,03

### Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,15	Fälle je VK/Person	2353,33325
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,15

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,03	Fälle je VK/Person	11766,667
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,03

## Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,11	Fälle je VK/Person	3209,09082
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,11

## B-[1700].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
2	PQ01 - Bachelor
3	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
4	PQ12 - Notfallpflege
5	PQ20 - Praxisanleitung
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

## B-[1700].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP20 - Palliative Care
3	ZP14 - Schmerzmanagement
4	ZP05 - Entlassungsmanagement
5	ZP16 - Wundmanagement
6	ZP19 - Sturzmanagement
7	ZP09 - Kontinenzmanagement
8	ZP18 - Dekubitusmanagement
9	ZP01 - Basale Stimulation
10	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
11	ZP06 - Ernährungsmanagement



## B-[2400] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-[2400].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

#### B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

#### B-[2400].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Alexander Dengler
Telefon	0661 15 2501
Fax	0661 15 2506
E-Mail	sekretariat.frauenklinik@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

### B-[2400].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden

Ärzten und Ärztinnen dieser  
Organisationseinheit/Fachabteilung an die  
Empfehlung der DKG vom 17. September  
2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[2400].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
2	VG05 - Endoskopische Operationen <i>Laparoskopie, Hysteroskopie</i>
3	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
4	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
5	VG07 - Inkontinenzchirurgie
6	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
7	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
8	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
9	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
10	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
11	VG00 - („Sonstiges“)
12	VC68 - Mammachirurgie
13	VG19 - Ambulante Entbindung
14	VA17 - Spezialsprechstunde <i>Urodynamik- Sprechstunde</i>
15	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
16	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
17	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
18	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren <i>Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
19	VG16 - Urogynäkologie
20	VG17 - Reproduktionsmedizin
21	VK25 - Neugeborenenenscreening
22	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie
23	VI38 - Palliativmedizin
24	VD19 - Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
25	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
26	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
27	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen

## B-[2400].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2405
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	729
2	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	126
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	88
4	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	68
5	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	67
6	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	62
7	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	56
8	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	49

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
9	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	48
10	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	47
11	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	39
12	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	35
13	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	31
14	O48	Übertragene Schwangerschaft	29
15	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	24
16	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	24
17	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	23
18	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus	22
19	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	22
20	N80.0	Endometriose des Uterus	21
21	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	21
22	O20.0	Drohender Abort	20
23	O71.8	Sonstige näher bezeichnete Verletzungen unter der Geburt	19
24	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	18
25	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	17
26	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	16
27	N84.0	Polyp des Corpus uteri	16
28	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	16
29	O00.1	Tubargravidität	15
30	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	15

### B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	730
2	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	212
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	119
4	O70	Dammriss unter der Geburt	118
5	O80	Spontangeburt eines Einlings	88
6	D25	Leiomyom des Uterus	81
7	O42	Vorzeitiger Blasensprung	69
8	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	68
9	N81	Genitalprolaps bei der Frau	56
10	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	42
11	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	40
12	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	38
13	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	38
14	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	34
15	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	30
16	O48	Übertragene Schwangerschaft	29
17	N80	Endometriose	27
18	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	27
19	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	21
20	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	20
21	O63	Protrahierte Geburt	18
22	O00	Extrauterin gravidität	16
23	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	16

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
24	O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	16
25	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	15
26	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	15
27	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	14
28	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	13
29	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	12
30	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	12

### B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	840
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	559
3	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	289
4	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	277
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	128
6	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	113
7	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	96
8	5-401.13	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	88
9	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	83
10	5-728.1	Vakuummentbindung: Aus Beckenmitte	71

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	68
12	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	67
13	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	64
14	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	60
15	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	57
16	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	53
17	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	52
18	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	47
19	5-683.03	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	41
20	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	40
21	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	40
22	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	39
23	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	38
24	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	37
25	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm <sup>2</sup> bis unter 200 cm <sup>2</sup>	35
26	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	34
27	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	34
28	5-728.0	Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang	31

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	31
30	5-704.4g	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	31

### B-[2400].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	840
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	559
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	309
4	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	277
5	5-740	Klassische Sectio caesarea	136
6	5-661	Salpingektomie	130
7	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	129
8	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	128
9	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	127
10	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	124
11	5-749	Andere Sectio caesarea	120
12	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	113
13	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	112
14	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	109
15	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	109
16	5-728	Vakuumentbindung	102
17	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	67



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
18	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	61
19	5-653	Salpingoovariektomie	60
20	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	60
21	3-100	Mammographie	55
22	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	44
23	5-738	Episiotomie und Naht	42
24	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	40
25	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	39
26	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	38
27	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	34
28	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	31
29	5-707	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes	29
30	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	28

## B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM14 - Ambulanz im Rahmen von DMP	
2	AM07 - Privatambulanz	
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Hier erfolgt die Versorgung direkt über Station Lioba, Medizinisches Leistungsangebot, siehe B-3

### B-[2400].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VG00 - („Sonstiges“): siehe hierzu B-3
2	AM08	VG00 - („Sonstiges“): Es existiert eine Präventionsordnung. Eine Präventionsfachkraft ist benannt und tätig. Es wurden u.a. einschlägige Schulungen zum Thema angeboten.
3	AM14	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
4	AM14	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
5	AM14	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

### B-[2400].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

### B-[2400].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	152
2	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	151
3	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	102
4	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	77
5	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	60
6	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	54
7	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	38
8	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	28

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	27
10	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	16
11	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	15
12	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	12
13	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
14	1-571.1	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision: Cervix uteri	9
15	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	8
16	1-471.0	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage)	7
17	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	6
18	5-671.11	Konisation der Cervix uteri: Rekonisation: Schlingenexzision	5
19	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	5
20	1-501	Biopsie der Mamma durch Inzision	4
21	5-681.93	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	< 4
22	1-571.0	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision: Corpus uteri	< 4
23	5-870.20	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
24	5-681.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation	< 4
25	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
26	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
27	5-671.03	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Exzision mit elektrischer Nadel/Messer	< 4
28	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
29	5-675.0	Andere Rekonstruktion der Cervix uteri: Naht (nach Verletzung)	< 4
30	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4

### **B-[2400].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	152
2	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	151
3	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	116
4	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	109
5	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	77
6	5-671	Konisation der Cervix uteri	62
7	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	61
8	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	20
9	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	16
10	1-571	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision	11
11	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
12	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	8
13	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	8
14	5-881	Inzision der Mamma	5
15	1-501	Biopsie der Mamma durch Inzision	4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
17	5-675	Andere Rekonstruktion der Cervix uteri	< 4
18	5-661	Salpingektomie	< 4
19	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4
20	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
21	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
22	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
23	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
24	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	< 4
25	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
26	5-653	Salpingoovariektomie	< 4
27	5-665	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina	< 4
28	5-701	Inzision der Vagina	< 4
29	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	< 4
30	5-879	Andere Exzision und Resektion der Mamma	< 4

## B-[2400].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[2400].11 Personelle Ausstattung

### B-[2400].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		15,94	Fälle je VK/Person	152,022766
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,59	Ohne	0,35
Versorgungsform	Ambulant	0,12	Stationär	15,82

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,88	Fälle je VK/Person	309,922668
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,53	Ohne	0,35
Versorgungsform	Ambulant	0,12	Stationär	7,76

### B-[2400].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	AQ63 - Allgemeinmedizin

### B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Spezielle Operative Gynäkologie

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin

### B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		12,75	Fälle je VK/Person	189,818466
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,08	Stationär	12,67

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,4	Fälle je VK/Person	375,78125
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,4

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,06	Fälle je VK/Person	40083,3359
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,06

### Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt		0,01	Fälle je VK/Person	240500
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,01

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,66	Fälle je VK/Person	3643,93921
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,66

### Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Gesamt		18	Fälle je VK/Person	133,611115
--------	--	----	--------------------	------------

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,97	Fälle je VK/Person	809,7643
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,97

### **B-[2400].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ01 - Bachelor
4	PQ12 - Notfallpflege
5	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
6	PQ20 - Praxisanleitung

### **B-[2400].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

#	Zusatzqualifikation
1	ZP06 - Ernährungsmanagement
2	ZP14 - Schmerzmanagement
3	ZP16 - Wundmanagement
4	ZP18 - Dekubitusmanagement
5	ZP28 - Still- und Laktationsberatung <i>z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>
6	ZP05 - Entlassungsmanagement
7	ZP08 - Kinästhetik
8	ZP09 - Kontinenzmanagement
9	ZP23 - Breast Care Nurse
10	ZP19 - Sturzmanagement



## B-[3000] Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

### B-[3000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

#### B-[3000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3060 - Kinder-/Jugendpsych./Tagesklinik(teilstat. Pflegesätze)
2	3000 - Kinder- und Jugendpsychiatrie

#### B-[3000].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Frank M. Theisen
Telefon	0661 15 4100
Fax	0661 15 4108
E-Mail	sekretariat.kjp@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

## B-[3000].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[3000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP00 - („Sonstiges“) <i>Anorexia und Bulimia nervosa</i>
2	VP00 - („Sonstiges“) <i>Diagnostik und Behandlung von Tic- Störungen</i>
3	VP00 - („Sonstiges“) <i>Diagnostik und Therapie von psychischen störungen infolge traumatischer Ereignisse</i>
4	VP00 - („Sonstiges“) <i>Diagnostik und Therapie bei selbst verletzendem Verhalten im Rahmen verschiedener Störungsbilder</i>
5	VP00 - („Sonstiges“) <i>Einnässen; Einkoten</i>
6	VP00 - („Sonstiges“) <i>Diagnostik und Therapie von Bindungsstörungen</i>
7	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
8	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
9	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik <i>Standort Fulda: 16 Plätze / Standort Bad Hersfeld: 16 Plätze</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
10	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
11	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
12	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
13	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter <i>1. Therapiegruppen 2. Soziales Kompetenztraining 3. Bewegungstherapie 4. Ergotherapie 5. Logopädie 6. Ernährungsberatung</i>
14	VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
15	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
16	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
17	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
18	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen <i>Autismus</i>
19	VP00 - („Sonstiges“) <i>ADHS</i>
20	VP12 - Spezialsprechstunde
21	VP00 - („Sonstiges“) <i>Diagnostik und Therapie von Angst- und Zwangstörungen</i>
22	VP13 - Psychosomatische Komplexbehandlung
23	VP16 - Psychosomatische Tagesklinik
24	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
25	VK28 - Pädiatrische Psychologie
26	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
27	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
28	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
29	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
30	VI40 - Schmerztherapie
31	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
32	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen

## B-[3000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	318
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[3000].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	63
2	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	50
3	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	37
4	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	24
5	F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	18
6	F43.2	Anpassungsstörungen	13
7	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	8
8	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	8
9	F50.00	Anorexia nervosa, restriktiver Typ	8
10	F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	5
11	F50.8	Sonstige Essstörungen	5
12	F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	4
13	F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen	4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
14	F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	< 4
15	F50.1	Atypische Anorexia nervosa	< 4
16	F98.80	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend	< 4
17	F50.01	Anorexia nervosa, aktiver Typ	< 4
18	F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	< 4
19	F50.2	Bulimia nervosa	< 4
20	F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	< 4
21	F40.1	Soziale Phobien	< 4
22	F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung	< 4
23	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	< 4
24	F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	< 4
25	F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	< 4
26	F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	< 4
27	F84.0	Frühkindlicher Autismus	< 4
28	F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit	< 4
29	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	< 4
30	F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	< 4

### B-[3000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	65
2	F90	Hyperkinetische Störungen	61
3	F32	Depressive Episode	58

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
4	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	22
5	F50	Essstörungen	22
6	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	17
7	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	13
8	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	6
9	F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	6
10	F91	Störungen des Sozialverhaltens	5
11	F40	Phobische Störungen	5
12	F70	Leichte Intelligenzminderung	5
13	F42	Zwangsstörung	4
14	F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	4
15	F41	Andere Angststörungen	< 4
16	F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	< 4
17	F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	< 4
18	F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	< 4
19	F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	< 4
20	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	< 4
21	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	< 4
22	F25	Schizoaffective Störungen	< 4
23	G43	Migräne	< 4
24	F20	Schizophrenie	< 4
25	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	< 4
26	F21	Schizotype Störung	< 4
27	F31	Bipolare affektive Störung	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
28	F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	< 4
29	F33	Rezidivierende depressive Störung	< 4

## B-[3000].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-[3000].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

### B-[3000].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[3000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	
2	AM07 - Privatambulanz	

### B-[3000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM07	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
2	AM02	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

## B-[3000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung

Nein

## B-[3000].11 Personelle Ausstattung

### B-[3000].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	15,57	Fälle je VK/Person	24,613
Beschäftigungsverhältnis	Mit 15,47	Ohne	0,1
Versorgungsform	Ambulant 2,65	Stationär	12,92

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,71	Fälle je VK/Person	112,367493
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,61	Ohne	0,1
Versorgungsform	Ambulant 0,88	Stationär	2,83

#### B-[3000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ37 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
2	AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie

#### B-[3000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)

### B-[3000].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39



### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		18,99	Fälle je VK/Person	16,74566
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,99

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		13,08	Fälle je VK/Person	24,31193
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,08

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,21	Fälle je VK/Person	99,06542
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,21

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,66	Fälle je VK/Person	481,818146
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,66

### B-[3000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
2	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
3	PQ02 - Diplom
4	PQ01 - Bachelor
5	PQ12 - Notfallpflege

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
6	PQ20 - Praxisanleitung
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

### B-[3000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP24 - Deeskalationstraining <i>z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie</i>

### B-[3000].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt	5,14	Fälle je VK/Person	84,57447
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,38	Stationär	3,76

#### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Gesamt	3,41	Fälle je VK/Person	227,142853
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 2,01	Stationär	1,4

#### Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)

Gesamt	4,68	Fälle je VK/Person	94,08284
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 1,3	Stationär	3,38

#### Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Gesamt	2,69	Fälle je VK/Person	118,215607
--------	------	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,17	<b>Ohne</b>	0,52
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,69

**Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten,  
Krankengymnastinnen und Krankengymnasten,  
Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Gesamt		2,37	Fälle je VK/Person	134,177216
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,37	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,37

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und  
Sozialpädagogen**

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	159
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

**B-[3060] Tagesklinische Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Herz-Jesu Krankenhaus Fulda gGmbH**

**B-[3060].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Tagesklinische Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Herz-Jesu Krankenhaus Fulda gGmbH

**B-[3060].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3060 - Kinder-/Jugendpsych./Tagesklinik(teilstat. Pflegesätze)

**B-[3060].1.2 Ärztliche Leitung**

**Leitungsart**

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

**Namen und Kontaktdaten**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt KJP
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Frank M. Theisen
Telefon	0661 15 4100
Fax	0661 15 3109
E-Mail	sekretariat.kjp@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstraße
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

## B-[3060].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[3060].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
2	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
3	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
4	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
5	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
6	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
7	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

## B-[3060].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	171

## B-[3060].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	43
2	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	33

## Qualitätsbericht 2024 Herz-Jesu-Krankenhaus

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
3	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	19
4	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	18
5	F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	8
6	F40.1	Soziale Phobien	7
7	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	4
8	F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	< 4
9	F43.2	Anpassungsstörungen	< 4
10	F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	< 4
11	F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	< 4
12	F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	< 4
13	F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit	< 4
14	F32.0	Leichte depressive Episode	< 4
15	F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	< 4
16	F84.5	Asperger-Syndrom	< 4
17	F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	< 4
18	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	< 4
19	F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	< 4
20	F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	< 4
21	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	< 4
22	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	< 4
23	F06.1	Organische katatone Störung	< 4
24	F50.00	Anorexia nervosa, restriktiver Typ	< 4
25	F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen	< 4
26	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	< 4
27	F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
28	F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	< 4
29	F98.00	Enuresis nocturna	< 4
30	F98.80	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend	< 4

### B-[3060].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F90	Hyperkinetische Störungen	76
2	F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	22
3	F32	Depressive Episode	21
4	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	10
5	F40	Phobische Störungen	10
6	F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	5
7	F41	Andere Angststörungen	4
8	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4
9	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	< 4
10	F91	Störungen des Sozialverhaltens	< 4
11	F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	< 4
12	F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	< 4
13	F42	Zwangsstörung	< 4
14	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	< 4
15	F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	< 4
16	F33	Rezidivierende depressive Störung	< 4
17	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	< 4

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
18	F50	Essstörungen	< 4
19	F31	Bipolare affektive Störung	< 4
20	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	< 4
21	F45	Somatoforme Störungen	< 4

## B-[3060].6.2 Kompetenzdiagnosen

## B-[3060].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

## B-[3060].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	

### B-[3060].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM02	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

### B-[3060].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[3060].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein



## B-[3060].11 Personelle Ausstattung

### B-[3060].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	3,82	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	3,82

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	1,99	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,99

#### B-[3060].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ37 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

### B-[3060].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[3060].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	6,06	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	6,06

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,67	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,67

### B-[3060].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
3	PQ20 - Praxisanleitung
4	PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
5	PQ01 - Bachelor
6	PQ02 - Diplom
7	PQ12 - Notfallpflege

### B-[3060].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP24 - Deeskalationstraining <i>z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie</i>

### B-[3060].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

#### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1
-----------------	----------	---	-----------	---

### **Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)**

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

### **Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**

Gesamt		2,09	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,09

### **Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

### **Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

Gesamt		0,82	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,82

## B-[3790] Anästhesie, postoperative Intensiv- und Schmerztherapie

### B-[3790].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Anästhesie, postoperative Intensiv- und Schmerztherapie

#### B-[3790].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3790 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

#### B-[3790].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Anästhesie und Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Rüdiger Hacker
Telefon	0661 15 5390
Fax	0661 15 5392
E-Mail	r.hacker@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

### B-[3790].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der

Vereinbarung von Verträgen mit leitenden  
Ärzten und Ärztinnen dieser  
Organisationseinheit/Fachabteilung an die  
Empfehlung der DKG vom 17. September  
2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[3790].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“) <i>Geburtshilfliche Periduralanästhesie</i>
2	VX00 - („Sonstiges“) <i>Durchführung von allen gängigen Anästhesieverfahren</i>
3	VI40 - Schmerztherapie <i>postoperative Schmerztherapie</i>
4	VI20 - Intensivmedizin <i>Postoperative Intensivversorgung</i>
5	VI38 - Palliativmedizin
6	VX00 - („Sonstiges“) <i>Schmerzfreie Abdominaloperationen durch Kombination von Intubationsnarkose und thorakaler Periduralanästhesie</i>
7	VX00 - („Sonstiges“) <i>hausinternes Notfallmanagement</i>
8	VX00 - („Sonstiges“) <i>Patientenkontrollierte Epiduralanästhesie (PCEA)</i>

## B-[3790].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[3790].6 Hauptdiagnosen nach ICD

## B-[3790].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

## B-[3790].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[3790].11 Personelle Ausstattung

### B-[3790].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	10,92	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 10,9	Ohne	0,02
Versorgungsform	Ambulant 0,23	Stationär	10,69

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	10,92	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 10,9	Ohne	0,02
Versorgungsform	Ambulant 0,23	Stationär	10,69

### B-[3790].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

### B-[3790].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

### B-[3790].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	9,33	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,33	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 9,33

#### Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,33	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne 0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär 0,33

### B-[3790].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung
5	PQ01 - Bachelor
6	PQ12 - Notfallpflege

**B-[3790].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –  
Zusatzqualifikation**

#	Zusatzqualifikation
1	ZP08 - Kinästhetik
2	ZP19 - Sturzmanagement
3	ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
4	ZP14 - Schmerzmanagement
5	ZP22 - Atmungstherapie
6	ZP01 - Basale Stimulation
7	ZP05 - Entlassungsmanagement
8	ZP18 - Dekubitusmanagement
9	ZP06 - Ernährungsmanagement
10	ZP20 - Palliative Care
11	ZP16 - Wundmanagement



## B-[3751] Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

### B-[3751].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

#### B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

#### B-[3751].1.2 Ärztliche Leitung

##### Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

##### Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Diagnostische Radiologie Qualifikation in interventioneller Radiologie der DEGIR-Stufe II (Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie) Module A, B, C
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Björn Loewenhardt
Telefon	0661 15 9501
Fax	0661 15 5377
E-Mail	b.loewenhardt@herz-jesu-krankenhaus.de
Strasse	Buttlarstrasse
Hausnummer	74
PLZ	36039
Ort	Fulda

## B-[3751].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
2	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
3	<p>VR41 - Interventionelle Radiologie</p> <p><i>Diagnostik u. Behandlung b. Durchblutungsstörungen v. a. des Beckens u. d. Beine durch Aufdehnung und/oder Stentversorgung mit Kontrastmitteln oder Kohlendioxidgas=&gt;sog. Co2-Angiographie. Durchblutungsstörungen d. Beine: Denervierung von Nervenplexen d. Lendenwirbelsäule =&gt;lumbale Sympathikolyse</i></p>
	VR00 - („Sonstiges“)
4	<p><i>Schmerzbehandlung der Wirbelsäule (Stabilisierung von Wirbelkörperbrüchen durch Knochenzement =&gt;Vertebroplastie, Facettengelenksblockade, Facettengelenksdenervierung, PRT = periradikuläre Therapie).</i></p>
5	<p>VR00 - („Sonstiges“)</p> <p><i>Selektive Embolisation von Tumoren v. a. der Leber durch Chemotherapeutika und/oder Partikel. Lokale Hitzebehandlung von Tumoren v. a. der Leber-Lunge-Nieren.</i></p>
	VR00 - („Sonstiges“)
6	<p><i>Anlage v. Ernährungssonden zum Magen (PG-Sonde) oder zur Entlastung des Darms b. Passagebehinderung. Anlage dauerhafter Ableitungssonden in den Brustkorb o. Bauchraum bei tumorbedingter Flüssigkeitsproduktion (sog. PleurX-katheter), Wiedereröffnung und Stentversorgung tumorbedingter Gefäßverschlüsse</i></p>
7	<p>VR00 - („Sonstiges“)</p> <p><i>Implantation von venösen Portsystemen zur Tumorbehandlung. Behandlung von Fehlfunktionen von Portsystemen (Fehllage, Verstopfung und Thrombus =&gt; Lysebehandlung.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VR00 - („Sonstiges“)
8	<i>Partikelembolisation von symptomatischen Myomen (gutartigen Tumoren) der Gebärmutter</i>
	VA00 - („Sonstiges“)
9	<i>Gewebsdiagnostik: Bildgestützte Biopsien von Organen zwecks Gewebsgewinnung zur histologischen Begutachtung</i>
	VR00 - („Sonstiges“)
10	<i>Anlage von Gallenwegsdrainagen und ggf. Stentversorgung oder Steinentfernung bei Verschluss der Gallenwege</i>
11	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
12	VR16 - Phlebographie <i>und Galaktographien</i>
13	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
14	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
15	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
16	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
17	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
18	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
19	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
20	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
21	VR10 - Computertomographie (CT), nativ <i>Computertomographische Untersuchungen</i>
	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
22	<i>Leistungsangebot wird in Zusammenarbeit mit der Radiologisch- Nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis im Zentrum Vital erbracht</i>
23	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>Leistungsangebot wird in Zusammenarbeit mit der Radiologisch- Nuklearmedizinischen Gemeinschaftspraxis im Zentrum Vital erbracht</i>
24	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
25	VN23 - Schmerztherapie

#	Medizinische Leistungsangebote
26	VR15 - Arteriographie
27	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>in Zusammenarbeit mit der Radiologie und Nuklearmedizin im Zentrum Vital in Fulda</i>
28	VR47 - Tumorembolisation

### B-[3751].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

### B-[3751].6.2 Kompetenzdiagnosen

## B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	

### B-[3751].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM08	VR00 - („Sonstiges“)
2	AM07	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3	AM07	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
4	AM07	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
5	AM07	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
6	AM07	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
7	AM07	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
8	AM07	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
9	AM08	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
10	AM07	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
11	AM07	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
12	AM07	VR40 - Spezialsprechstunde

## B-[3751].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	43
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	22
3	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4
4	5-431.26	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Direktpunktionstechnik ohne Fixierung durch Naht, ohne jejunale Sonde	< 4
5	8-123.1	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Entfernung	< 4
6	1-484.5	Perkutane Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Gelenk an der Wirbelsäule	< 4
7	1-586.6	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Inguinal	< 4
8	1-484.7	Perkutane Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Kniegelenk	< 4

### B-[3751].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	65
2	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4
3	1-484	Perkutane Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
4	5-431	Gastrostomie	< 4
5	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
6	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	< 4

## B-[3751].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[3751].11 Personelle Ausstattung

### B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,55	Stationär	2,45

### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,55	Stationär	2,45

### B-[3751].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie

### B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

## B-[3751].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,38	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,38

### B-[3751].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	290
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	290
16/1 - Geburtshilfe	
Fallzahl	815
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	815
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
Fallzahl	73
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	73
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	148
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	148
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	187
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	187
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	218
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	218
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	307
Dokumentationsrate	100



Anzahl Datensätze Standort	306
HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	292
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	292
HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	19
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	18
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	140
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	140
KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	134
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	134
KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	6
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	8

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

### C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58000</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche	

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>	
	Bundesergebnis	0,95
	Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
	Rechnerisches Ergebnis	0,76
	Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 3,54
<b>Fallzahl</b>		
	Grundgesamtheit	Datenschutz
	Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
	Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>		
	Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
	Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58004</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,86
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	185
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	2,92
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

3. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58002</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,25

### Fallzahl

Grundgesamtheit	185
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,00

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

4. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58003</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

### Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Grundlagen" unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen" des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,51
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	185
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,66
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58001</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen" unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen" des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist</p>

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 0,70

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58005</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar

	und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
--	---

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 1,15

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58006</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG



# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
--	--

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,74

### Fallzahl

Grundgesamtheit	203
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	3,39

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,05 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52009</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis

### Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 0,49

### Fallzahl

Grundgesamtheit	11673
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	65,96

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52326</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 0,25

### Fallzahl

Grundgesamtheit	11673
Beobachtete Ereignisse	19

10. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521801</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

11. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521800</b>
--------------------	---------------

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,03

### Fallzahl

Grundgesamtheit	11673
Beobachtete Ereignisse	0

12. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,03

### Fallzahl

Grundgesamtheit	11673
Beobachtete Ereignisse	0

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51906</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu

Fachlicher Hinweis IQTIG

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 3,40

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>12874</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>172000_10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 33,04
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

17. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>172001_10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	12,40



Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 37,94

### Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

18. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60685</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,83

### Fallzahl

Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	0

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60686</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>612</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Fachlicher Hinweis IQTIG	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67
Rechnerisches Ergebnis	89,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,07 - 96,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	44
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 81,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 21. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52283</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Rechnerisches Ergebnis	3,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,90 - 6,82

### Fallzahl

Grundgesamtheit	237
Beobachtete Ereignisse	9

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## 22. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54003</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Rechnerisches Ergebnis	5,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,45 - 12,62
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	88
Beobachtete Ereignisse	5

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54015</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem</p>

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,82 - 1,67

### Fallzahl

Grundgesamtheit	89
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	18,43

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54016</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten</p>

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 1,86

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54017</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 1,63
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>26. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54018</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS



### Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,47 - 2,40

### Fallzahl

Grundgesamtheit	89
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,63

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54019</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 1,72
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse
Erwartete Ereignisse

Datenschutz  
Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

<= 2,48 (95. Perzentil)  
eingeschränkt/nicht vergleichbar  
R10  
eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>
Leistungsbereich
Art des Wertes
Bezug zum Verfahren

**54120**

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI

DeQS

#### Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,84 - 2,99

### Fallzahl

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	3,47

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191800_54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

### Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 2,81
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
30. Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191801_54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p>
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04

Rechnerisches Ergebnis	2,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,21 - 5,00

### Fallzahl

Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	1,85

31. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,31 - 0,97

### Fallzahl

Grundgesamtheit	268
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	19,88

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54013</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 4,88

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191914</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne
--	--



Fachlicher Hinweis IQTIG	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 1,79
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	89
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	6,21

34. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>10271</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG	Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
--------------------------	---

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 2,49

### Fallzahl

Grundgesamtheit	302
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,32

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 35. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	7,57
Vertrauensbereich bundesweit	7,37 - 7,78
Rechnerisches Ergebnis	6,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,00 - 15,25
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	5
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54033</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG	Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
--------------------------	---

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,18 - 0,89

### Fallzahl

Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	12,19

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,37 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54029</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 3,82
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,87 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Komplikationen (z. B. Schlaganfall, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des

Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54042</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 1,43

### Fallzahl

Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	13,54

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,21 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54046</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Bundesergebnis	0,97

Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 2,15

### Fallzahl

Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,50

40. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54028</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-">https://iqtig.org/qs-</a></p>



# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 6,56

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51846</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

#### Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	98,65
Vertrauensbereich bundesweit	98,57 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,83 - 100,00

### Fallzahl

Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	114

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>212000</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,20
Vertrauensbereich bundesweit	95,73 - 96,62
Rechnerisches Ergebnis	85,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	49,92 - 98,41

### Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	6

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 94,85 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>212001</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	88,66
Vertrauensbereich bundesweit	88,27 - 89,05
Rechnerisches Ergebnis	96,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,73 - 99,30

### Fallzahl

Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	58

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 70,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52330</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen.

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,73 - 99,04
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,33 - 100,00

### Fallzahl

Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	22

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52279</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,97
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,19 - 100,00

### Fallzahl

Grundgesamtheit	88
Beobachtete Ereignisse	88

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2163</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,17
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 23,76

### Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

47. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50719</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,04
Vertrauensbereich bundesweit	2,62 - 3,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

48. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51847</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	97,33
Vertrauensbereich bundesweit	97,14 - 97,51
Rechnerisches Ergebnis	98,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,82 - 99,80

### Fallzahl

Grundgesamtheit	55
-----------------	----

Beobachtete Ereignisse	54
------------------------	----

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51370</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,64
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 1,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,91 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50. Nach der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>211800</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,63
Vertrauensbereich bundesweit	99,58 - 99,68
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,66 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	106
Beobachtete Ereignisse	106
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 98,69 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51. Vor der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>212400</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten



# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	80,10
Vertrauensbereich bundesweit	79,81 - 80,39
Rechnerisches Ergebnis	46,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	37,38 - 55,66

### Fallzahl

Grundgesamtheit	112
Beobachtete Ereignisse	52

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 38,35 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56003</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	81,10
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 75,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56004</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,38 - 1,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56008</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 26,22
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 0,25 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 55. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56014</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:

### Fachlicher Hinweis IQTIG

„Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56100</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen

### Fachlicher Hinweis IQTIG

Grundlagen" unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen" des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56101</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen

### Fachlicher Hinweis IQTIG

Grundlagen" unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen" des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56103</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen" unter folgendem Link entnommen werden:

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>„Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
59. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56104</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

### Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56105</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI



# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorendergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
61. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert	

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Ergebnis-ID	56106
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56107</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
63. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen	

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56108</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56109</b>
--------------------	--------------

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	84,20
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die

Patientinnen und Patienten eingegangen	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56110</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
66. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten	

### Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56111</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56112</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators



# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56113</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56114</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

N99

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

**Ergebnis-ID**

**56115**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorendergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

78,26

Vertrauensbereich bundesweit

77,99 - 78,54

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56116</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

### Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56117</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p>

	<a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a> . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56118</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>.</p>

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

74. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>330</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	95,02
Vertrauensbereich bundesweit	94,45 - 95,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

75. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50045</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Fachlicher Hinweis IQTIG	Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,04
Vertrauensbereich bundesweit	99,00 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	99,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,99 - 99,90
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	184
Beobachtete Ereignisse	183
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

76. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52249</b>
Leistungsbereich	PM-GE BH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar</p>



Fachlicher Hinweis IQTIG	und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,74 - 0,96
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	813
Beobachtete Ereignisse	183
Erwartete Ereignisse	216,51
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,28 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
77. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182000_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
--	---

Einheit	%
Bundesergebnis	19,89
Vertrauensbereich bundesweit	19,70 - 20,08
Rechnerisches Ergebnis	14,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,35 - 19,56

### Fallzahl

Grundgesamtheit	223
Beobachtete Ereignisse	32

78. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182300_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

### Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:  
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Einheit	%
Bundesergebnis	34,02
Vertrauensbereich bundesweit	33,69 - 34,35
Rechnerisches Ergebnis	28,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	21,22 - 38,18

### Fallzahl

Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	31

79. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182301_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,12 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11
80. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182002_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,02
Vertrauensbereich bundesweit	3,93 - 4,12
Rechnerisches Ergebnis	3,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,03 - 6,71
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	269
Beobachtete Ereignisse	10
81. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in	

Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182302_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	7,92
Vertrauensbereich bundesweit	7,69 - 8,16
Rechnerisches Ergebnis	8,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,05 - 17,70
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	6

82. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182303_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

### Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

83. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182004_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

### Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Einheit	%
Bundesergebnis	73,47
Vertrauensbereich bundesweit	73,19 - 73,75
Rechnerisches Ergebnis	67,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	57,28 - 76,11

### Fallzahl

Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	62

84. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182005_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

### Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	93,11
Vertrauensbereich bundesweit	92,72 - 93,48
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,64 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	16
85. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182006_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	87,13
Vertrauensbereich bundesweit	86,47 - 87,77
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,61 - 98,51
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	11
86. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182007_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	75,51
Vertrauensbereich bundesweit	74,92 - 76,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### 87. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182008_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	11
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,85 - 100
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### 88. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182009_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	47,41
Vertrauensbereich bundesweit	46,87 - 47,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
89. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>1058</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,26 - 0,52
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,82
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10



Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

90. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>321</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,27
Vertrauensbereich bundesweit	0,25 - 0,28
Rechnerisches Ergebnis	0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 1,29

### Fallzahl

Grundgesamtheit	794
Beobachtete Ereignisse	4

91. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51397</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus

Fachlicher Hinweis IQTIG	folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	2,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,93 - 6,08

### Fallzahl

Grundgesamtheit	794
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,68

92. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51831</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen</p>

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Fachlicher Hinweis IQTIG	Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	1,16
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 50,18
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
93. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>318</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,67
Vertrauensbereich bundesweit	96,41 - 96,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

94. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

#### Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	2,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,13 - 3,60

### Fallzahl

Grundgesamtheit	800
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	5,44

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

95. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51808_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden

	kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	1,40
Vertrauensbereich bundesweit	1,23 - 1,60
Rechnerisches Ergebnis	7,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,33 - 42,33

### Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

96. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51813_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden

Fachlicher Hinweis IQTIG

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,47

### Fallzahl

Grundgesamtheit	799
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,55

97. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51818_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

### Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	2,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,33 - 6,28

### Fallzahl

Grundgesamtheit	794
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	2,07

98. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51823_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

### Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit



# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
--	---

Bundesergebnis	1,24
Vertrauensbereich bundesweit	1,18 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	2,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,92 - 6,06

### Fallzahl

Grundgesamtheit	794
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,69

99. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Damriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181800</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

### Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

	„Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Bundesergebnis	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,06
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	631
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,94

100. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181801_181800</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800

### Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,10

### Fallzahl

Grundgesamtheit	530
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,47

101. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181802_181800</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu

### Fachlicher Hinweis IQTIG

# Qualitätsbericht 2024

## Herz-Jesu-Krankenhaus

dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,89

### Fallzahl

Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,47

102. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182010</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

### Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,12
Vertrauensbereich bundesweit	0,10 - 0,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung

für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182011</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	2,63
Vertrauensbereich bundesweit	2,53 - 2,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,66 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182014</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatoregebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis

	analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,49
Vertrauensbereich bundesweit	8,36 - 8,62
Rechnerisches Ergebnis	6,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,13 - 8,57
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	813
Beobachtete Ereignisse	54
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 11,76 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

**Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden**

☒ Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

**Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil**

#	Leistungsbereich	Teilnahme
1	MRE ( [Baden-Württemberg])	Ja

### C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

#	DMP
1	Brustkrebs <i>Das Herz-Jesu-Krankenhaus ist in Rahmen einer Kooperationsvereinbarung an das Onkologische Zentrum Osthessen angebunden</i>

## C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

### Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

Leistungsbereich	Verschluss eines Leistenbruchs
Ergebnis	überdurchschnittliche Qualität
Messzeitraum	2023
Quellenangabe	<a href="https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail">https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail</a>

### Transfusion/Blutung während des Krankenhausaufenthaltes

Leistungsbereich	Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen
Ergebnis	Überdurchschnittliche Qualität
Messzeitraum	2023
Quellenangabe	<a href="https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail">https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail</a>

### Sonstige Komplikationen nach dem Eingriff

Leistungsbereich	Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen
Ergebnis	überdurchschnittliche Qualität
Messzeitraum	2023
Quellenangabe	<a href="https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail">https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail</a>

### Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff

Leistungsbereich	Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen
Ergebnis	überdurchschnittliche Qualität
Messzeitraum	2023
Quellenangabe	<a href="https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail">https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail</a>

### Ungeplante Folge-Operation bis zu 365 Tage nach dem Eingriff

Leistungsbereich	Kniegelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)
Ergebnis	überdurchschnittliche Qualität
Messzeitraum	2023
Quellenangabe	<a href="https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail">https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail</a>

### Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen bzw. 365 Tagen nach dem Eingriff

Leistungsbereich	Kniegelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)
Ergebnis	überdurchschnittliche Qualität
Messzeitraum	2023
Quellenangabe	<a href="https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail">https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail</a>
Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen nach dem Eingriff	
Leistungsbereich	Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)
Ergebnis	überdurchschnittliche Qualität
Messzeitraum	2023
Quellenangabe	<a href="https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail">https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail</a>
Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff	
Leistungsbereich	Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß (Arthrose)
Ergebnis	überdurchschnittliche Qualität
Messzeitraum	2023
Quellenangabe	<a href="https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail">https://www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe/uebersicht/?id=771197000&amp;city=Fulda&amp;zip=36039&amp;result=hospitals&amp;view=detail</a>
Teilnahme am Traumaregister DGU - regionales Trauma Zentrum des Trauma Netzwerks Osthessen	
Leistungsbereich	Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Ergebnis	erfolgreiche Übermittlung der anonymisierten Daten gemäß Vorgaben des Traumregisters
Messzeitraum	2024
Reidivrate, chronischer Schmerz, Komplikationen bei und nach Hernienchirurgie	
Leistungsbereich	Hernienchirurgie (Leisten-, Schenkel-, nabel-, Narben-, Zwerchfellhernien und parastomale Hernien)
Ergebnis	siehe dazu <a href="http://www.herniamed.de">www.herniamed.de</a>
Messzeitraum	dauerhaft, 100%-ige Erfassung der operativ versorgten Patienten
Datenerhebung	mehrere Kontrollen in Abständen über mehr als 10 Jahre nach Operation
Referenzbereiche	siehe dazu <a href="http://www.herniamed.de">www.herniamed.de</a>
Quellenangabe	<a href="https://www.herniamed.de/">https://www.herniamed.de/</a>

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge



### C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	116
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Erbrachte Menge	132

### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	116
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	142
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	132
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	153

### C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

Das Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda hat keine Strukturvereinbarungen gemäß §8 QSR-RL getroffen.

## C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.  
Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

## C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	69
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	41
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	41

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Innere Medizin - Aufnahmestation - Tagschicht	100 %
2	Innere Medizin - Aufnahmestation - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie - Station Bonifatius - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Bonifatius - Nachtschicht	100 %
5	Geriatric - Station Elisabeth - Tagschicht	100 %
6	Geriatric - Station Elisabeth - Nachtschicht	100 %
7	Geriatric - Station Franziskus - Tagschicht	83,33 % <i>hoher Krankenstand exam. Kräfte</i>
8	Geriatric - Station Franziskus - Nachtschicht	100 %
9	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station ITS - Tagschicht	100 %
10	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station ITS - Nachtschicht	100 %
11	Geriatric - Station Katharina - Tagschicht	100 %
12	Geriatric - Station Katharina - Nachtschicht	100 %
13	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station Lioba - Tagschicht	100 %
14	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station Lioba - Nachtschicht	100 %
15	Innere Medizin - Station Louise - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
16	Innere Medizin - Station Louise - Nachtschicht	100 %
17	Geriatrie - Station Marguerite - Tagschicht	100 %
18	Geriatrie - Station Marguerite - Nachtschicht	100 %
19	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Rosalie - Tagschicht	100 %
20	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Rosalie - Nachtschicht	100 %
21	Innere Medizin - Station Vinzenz - Tagschicht	100 %
22	Innere Medizin - Station Vinzenz - Nachtschicht	100 %

## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Innere Medizin - Aufnahmestation - Tagschicht	99,73 %
2	Innere Medizin - Aufnahmestation - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie - Station Bonifatius - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Bonifatius - Nachtschicht	100 %
5	Geriatrie - Station Elisabeth - Tagschicht	96,17 %
6	Geriatrie - Station Elisabeth - Nachtschicht	80,05 %
7	Geriatrie - Station Franziskus - Tagschicht	62,3 % <i>hoher Krankenstand exam. Kräfte</i>
8	Geriatrie - Station Franziskus - Nachtschicht	61,48 %
9	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station ITS - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
10	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station ITS - Nachtschicht	100 %
11	Geriatric - Station Katharina - Tagschicht	85,79 %
12	Geriatric - Station Katharina - Nachtschicht	79,51 %
13	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station Lioba - Tagschicht	97,27 %
14	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station Lioba - Nachtschicht	95,63 %
15	Innere Medizin - Station Louise - Tagschicht	97,81 %
16	Innere Medizin - Station Louise - Nachtschicht	38,25 %
17	Geriatric - Station Marguerite - Tagschicht	83,33 %
18	Geriatric - Station Marguerite - Nachtschicht	58,47 %
19	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Rosalie - Tagschicht	86,61 %
20	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie - Station Rosalie - Nachtschicht	91,8 %
21	Innere Medizin - Station Vinzenz - Tagschicht	94,26 %
22	Innere Medizin - Station Vinzenz - Nachtschicht	87,16 %

## C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.

- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

### C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

#### **Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet**

Antwort

Nein